|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Obiettivo di valutazione No | |  |
| **CONTROLLO E COMMENTO PROPOSITIVO DEI FORMATORI/DELLE FORMATRICI** | | |
|  | | |
|  | | |
| **Il commento del formatore/della formatrice** | | |
|  | | |
| Data: | Firma del formatore/della formatrice: | |
|  |  | |
|  | | |