

**NOME E COGNOME**

---

NR. INCONTRO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DATA INCONTRO										
2° CICLO										
DATA INCONTRO										

GRAZIE PER IL TEMPO CHE VORRÀ DEDICARCI NEL RISPONDERE AD ALCUNE DOMANDE CON LE QUALI CI AIUTERÀ A MIGLIORARE

1. LE SUE ASPETTATIVE SONO STATE SODDISFATTE?  SÌ  NO

PERCHÉ?

---

2. LE É PIACIUTA L'ESPERIENZA?  SÌ  NO

3. PUÒ DESCRIVERE BREVEMENTE UN EPISODIO SIGNIFICATIVO, LEGATO ALLA SUA ESPERIENZA DURANTE IL PROGETTO?
- 
- 

4. CONSIGLIEREBBE LA PARTECIPAZIONE AD ALTRI?  SÌ  NO

5. HA DEI SUGGERIMENTI PER NOI?
- 
- 

6. LE SEMBRA CHE IL SUO/LA SUA PARTNER LINGUISTICO/A SIA MIGLIORATO/A IN ITALIANO DOPO L'ESPERIENZA?  
 SÌ  NO

7. SE SÌ QUANTO PENSA SIA MIGLIORATO/A IN UNA SCALA DA 0 A 5, DOVE 0 È PER NIENTE MIGLIORATO/A E 5 È MOLTO MIGLIORATO/A?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. IN CHE COSA PENSA SIA MIGLIORATO/A DOPO LA PARTECIPAZIONE AL PROGETTO?

- HA PERSO LA PAURA/VERGOGNA DI PARLARE IN ITALIANO  
 PARLA IN ITALIANO PIÙ DI PRIMA  
 PARLA IN ITALIANO ANCHE CON ALTRE PERSONE, OLTRE CHE CON IL MIO PARTNER LINGUISTICO  
 PARLA IN ITALIANO PIÙ CORRETTAMENTE