# Data:

Tipologia Test:

N° test svolti:

**Valutazione delle problematiche**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ID** | **Descrizione indicatori di valutazione** | **Valutazione** |
| 1 | Interpretazione delle domande |  |
| 2 | Layout |  |
| 3 | Regole di compilazione e svolgimento |  |
| 4 | Tempi di svolgimento |  |
| 5 | Rispondenza al percorso formativo |  |
| 6 | % Esiti positivi / Totale test effettuati |  |
| 7 | % Esiti negativi / totale test effettuati |  |
| Media |  |

**Valutazione efficacia complessiva del test**

|  |  |
| --- | --- |
| Firma RSG |  |
| Rif. eventuali NC riscontrate | NC del / /  |