

## DATI ANAGRAFICI

Genere:  Femmina  Maschio Età \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Cittadinanza/Nazionalità \_\_\_\_\_

### CON CHI VIVI? (barra una sola risposta quella prevalente)

con entrambi i miei genitori  con i genitori e i fratelli/sorelle  solo con mamma  solo con papà

solo con mamma e miei fratelli/sorelle  solo con papà e miei fratelli/sorelle

a volte da mamma a volte da papà

con mamma e il suo attuale compagno/marito  con papà e la sua attuale compagna/moglie

con i nonni  con altri parenti (fratelli, zii ecc.)

in comunità/convitto/famiglia affidataria  con altri (specificare) \_\_\_\_\_

### CHE SCUOLA FREQUENTI?

Scuola secondaria di primo grado  Liceo  Istituto tecnico  Istituto professionale

Centro di formazione professionale  Università

Altro \_\_\_\_\_

### QUAL È IL TITOLO DI STUDIO CONSEGUITO DAI TUOI GENITORI?

**Madre:**  Nessun titolo  Licenza elementare  Licenza media  Qualifica professionale  Diploma

Laurea  Non so

**Padre:**  Nessun titolo  Licenza elementare  Licenza media  Qualifica professionale  Diploma

Laurea  Non so

## PERSONALITÀ

		<b>Presente (oggi- adesso)</b>	<b>Passato (da bambino alle elementari)</b>	<b>Futuro (io fra 10 anni come vorrei diventare o penso diventerò)</b>
<b>1</b>	<b>COSA INCIDE MAGGIORMENTE SULLA TUA PERSONALITÀ?</b>	<p><b>Scegli <u>MAX DUE RISPOSTE</u></b></p> <input type="checkbox"/> Esperienze Passate <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> Pregiudizi <input type="checkbox"/> Incertezze <input type="checkbox"/> Educazione <input type="checkbox"/> Autostima <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	<p><b>Scegli <u>MAX DUE RISPOSTE</u></b></p> <input type="checkbox"/> Esperienze Passate <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> Pregiudizi <input type="checkbox"/> Incertezze <input type="checkbox"/> Educazione <input type="checkbox"/> Autostima <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	
<b>2</b>	<b>CHI INFLUENZA MAGGIORMENTE LA TUA PERSONALITÀ?</b>	<p><b>Scegli <u>MAX DUE RISPOSTE</u></b></p> <input type="checkbox"/> Amici <input type="checkbox"/> Influencers <input type="checkbox"/> Famiglia <input type="checkbox"/> Personaggi Famosi, <input type="checkbox"/> Insegnanti – Compagni <input type="checkbox"/> Il mio ragazzo / la mia ragazza <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	<p><b>Scegli <u>MAX DUE RISPOSTE</u></b></p> <input type="checkbox"/> Amici <input type="checkbox"/> Influencers <input type="checkbox"/> Famiglia <input type="checkbox"/> Personaggi Famosi, <input type="checkbox"/> Insegnanti – Compagni <input type="checkbox"/> Il mio ragazzo / la mia ragazza <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	
<b>3</b>	<b>COME VEDI TE STESSO?</b>	<p><b>Scegli <u>MAX TRE RISPOSTE</u></b></p> <input type="checkbox"/> Simpatico/a <input type="checkbox"/> Alternativo/a <input type="checkbox"/> Bello/a <input type="checkbox"/> Brutto/a <input type="checkbox"/> Lunatico/a <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Aperto /Espansivo/a <input type="checkbox"/> Disponibile <input type="checkbox"/> Polemico/a <input type="checkbox"/> Timido/ Introverso/a <input type="checkbox"/> Egoista/egocentrico/a <input type="checkbox"/> Pessimista <input type="checkbox"/> Ottimista/solare <input type="checkbox"/> Leale <input type="checkbox"/> Cattivo/a <input type="checkbox"/> Drogato/a <input type="checkbox"/> Aggiungi un tuo aggettivo per definirti _____	<p><b>Scegli <u>MAX TRE RISPOSTE</u></b></p> <input type="checkbox"/> Simpatico/a <input type="checkbox"/> Alternativo/a <input type="checkbox"/> Bello/a <input type="checkbox"/> Brutto/a <input type="checkbox"/> Lunatico/a <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Aperto /Espansivo/a <input type="checkbox"/> Disponibile <input type="checkbox"/> Polemico/a <input type="checkbox"/> Timido/ Introverso/a <input type="checkbox"/> Egoista/egocentrico/a <input type="checkbox"/> Pessimista <input type="checkbox"/> Ottimista/solare <input type="checkbox"/> Leale <input type="checkbox"/> Cattivo/a <input type="checkbox"/> Aggiungi un tuo aggettivo per definirti _____	<p><b>Scegli <u>MAX TRE RISPOSTE</u></b></p> <input type="checkbox"/> Simpatico/a <input type="checkbox"/> Alternativo/a <input type="checkbox"/> Bello/a <input type="checkbox"/> Brutto/a <input type="checkbox"/> Lunatico/a <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Aperto /Espansivo/a <input type="checkbox"/> Disponibile <input type="checkbox"/> Polemico/a <input type="checkbox"/> Timido/ Introverso/a <input type="checkbox"/> Egoista/egocentrico/a <input type="checkbox"/> Pessimista <input type="checkbox"/> Ottimista/solare <input type="checkbox"/> Leale <input type="checkbox"/> Cattivo/a <input type="checkbox"/> Drogato/a <input type="checkbox"/> Aggiungi un tuo aggettivo per definirti _____
<b>4</b>	<b>LA PERSONA CHE SEI RISPECCHIA QUELLA CHE VORRESTI ESSERE?</b>	<p><b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b></p> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Molto <input type="checkbox"/> Abbastanza <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> NO, per niente <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	<p><b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b></p> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Molto <input type="checkbox"/> Abbastanza <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> NO, per niente <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	

## SALUTE

		Presente ( <i>oggi-adesso</i> )	Passato ( <i>da bambino alle elementari</i> )	Futuro ( <i>io fra 10 anni, come vorrei diventare o penso diventerò</i> )
5	<b>COSA INCIDE SULLA TUA SALUTE?</b>	<p><b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b></p> <input type="checkbox"/> Benessere fisico <input type="checkbox"/> Benessere psichico <input type="checkbox"/> Benessere psicofisico <input type="checkbox"/> Alimentazione <input type="checkbox"/> Attività fisica <input type="checkbox"/> Contesto sociale/Relazioni <input type="checkbox"/> Sesso/Autoerotismo <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	<p><b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b></p> <input type="checkbox"/> Benessere fisico <input type="checkbox"/> Benessere psichico <input type="checkbox"/> Benessere psicofisico <input type="checkbox"/> Alimentazione <input type="checkbox"/> Attività fisica <input type="checkbox"/> Contesto sociale/Relazioni <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	<p><b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b></p> <input type="checkbox"/> Benessere fisico <input type="checkbox"/> Benessere psichico <input type="checkbox"/> Benessere psicofisico <input type="checkbox"/> Alimentazione <input type="checkbox"/> Attività fisica <input type="checkbox"/> Contesto sociale/Relazioni <input type="checkbox"/> Sesso/Autoerotismo <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____
6	<b>QUANDO SEI TRISTE COSA FAI PER STARE MEGLIO?</b>	<p><b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b></p> <input type="checkbox"/> Attività fisica <input type="checkbox"/> Sentire gli amici <input type="checkbox"/> Fumare/Bere <input type="checkbox"/> Disegnare/Scrivere <input type="checkbox"/> Mangiare <input type="checkbox"/> Dormire <input type="checkbox"/> Ascoltare musica/suonare <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	<p><b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b></p> <input type="checkbox"/> Attività fisica <input type="checkbox"/> Sentire gli amici <input type="checkbox"/> Disegnare/Scrivere <input type="checkbox"/> Mangiare <input type="checkbox"/> Dormire <input type="checkbox"/> Ascoltare musica/suonare <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	<p><b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b></p> <input type="checkbox"/> Attività fisica <input type="checkbox"/> Sentire gli amici <input type="checkbox"/> Fumare/Bere <input type="checkbox"/> Disegnare/Scrivere <input type="checkbox"/> Mangiare <input type="checkbox"/> Dormire <input type="checkbox"/> Ascoltare musica/suonare <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____
7	<b>QUANDO TI PREOCCUPI DELLA TUA SALUTE?</b>	<p><b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b></p> <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> Spesso <input type="checkbox"/> Quando mi ammalo <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Sempre (anche quando sto bene) <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	<p><b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b></p> <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> Spesso <input type="checkbox"/> Quando mi ammalo <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Sempre (anche quando sto bene) <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	<p><b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b></p> <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> Spesso <input type="checkbox"/> Quando mi ammalo <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Sempre (anche quando sto bene) <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____
8	<b>PERCHÉ TI PREOCCUPI DELLA TUA SALUTE?</b>	<p><b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b></p> <input type="checkbox"/> Perché mi sento a disagio <input type="checkbox"/> Tengo alla forma fisica <input type="checkbox"/> Perché me lo chiedono <input type="checkbox"/> Penso che possa incidere sul mio futuro <input type="checkbox"/> Non mi preoccupa <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	<p><b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b></p> <input type="checkbox"/> Perché mi sento a disagio <input type="checkbox"/> Tengo alla forma fisica <input type="checkbox"/> Perché me lo chiedono <input type="checkbox"/> Penso che possa incidere sul mio futuro <input type="checkbox"/> Non mi preoccupa <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	<p><b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b></p> <input type="checkbox"/> Perché mi sento a disagio <input type="checkbox"/> Tengo alla forma fisica <input type="checkbox"/> Perché me lo chiedono <input type="checkbox"/> Penso che possa incidere sul mio futuro <input type="checkbox"/> Non mi preoccupa <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____

## AFFETTIVITÀ

		Presente (oggi- adesso)	Passato (da bambino, alle elementari)	Futuro (io fra 10 anni, come vorrei diventare o penso diventerò)
9	<b>COSA È PIÙ IMPORTANTE PER TE IN UNA RELAZIONE DI COPPIA?</b>	<b>Scegli <u>MAX DUE RISPOSTE</u></b> <input type="checkbox"/> Amore <input type="checkbox"/> Fiducia <input type="checkbox"/> Sesso <input type="checkbox"/> Comprensione <input type="checkbox"/> Rispetto <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	<b>Scegli <u>MAX DUE RISPOSTE</u></b> <input type="checkbox"/> Amore <input type="checkbox"/> Fiducia <input type="checkbox"/> Gioco <input type="checkbox"/> Comprensione <input type="checkbox"/> Rispetto <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	<b>Scegli <u>MAX DUE RISPOSTE</u></b> <input type="checkbox"/> Amore <input type="checkbox"/> Fiducia <input type="checkbox"/> Sesso <input type="checkbox"/> Comprensione <input type="checkbox"/> Rispetto <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____
10	<b>COSA NE PENSI DELLE RELAZIONI TRA PERSONE DELLO STESSO SESSO?</b>	<b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b> <input type="checkbox"/> Sono indifferente <input type="checkbox"/> Sento fastidio <input type="checkbox"/> Sono a favore <input type="checkbox"/> Sono tollerante <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	<b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b> <input type="checkbox"/> Sono indifferente <input type="checkbox"/> Sento fastidio <input type="checkbox"/> Sono a favore <input type="checkbox"/> Sono tollerante <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	
11	<b>COSA PENSI DELLE RELAZIONI TRA PERSONE CON FEDE RELIGIOSA DIVERSA?</b>	<b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b> <input type="checkbox"/> Sono indifferente <input type="checkbox"/> Sento fastidio <input type="checkbox"/> Sono a favore <input type="checkbox"/> Sono tollerante <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	<b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b> <input type="checkbox"/> Sono indifferente <input type="checkbox"/> Sento fastidio <input type="checkbox"/> Sono a favore <input type="checkbox"/> Sono tollerante <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	
12	<b>COME POSSONO INFLUIRE I SOCIAL IN UNA RELAZIONE DI COPPIA?</b>	<b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b> <input type="checkbox"/> Aiutano a conoscere Persone e/o a mantenere i contatti <input type="checkbox"/> Sono fonte di fraintendimenti <input type="checkbox"/> Aiutano a esprimere pensieri più difficili da comunicare di persona <input type="checkbox"/> Sono uno strumento di controllo <input type="checkbox"/> Sono utili ma a volte se ne fa un uso eccessivo <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____		<b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b> <input type="checkbox"/> Aiutano a conoscere Persone e/o a mantenere i contatti <input type="checkbox"/> Sono fonte di fraintendimenti <input type="checkbox"/> Aiutano a esprimere pensieri più difficili da comunicare di persona <input type="checkbox"/> Sono uno strumento di controllo <input type="checkbox"/> Sono utili ma a volte se ne fa un uso eccessivo <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____
13	<b>PER QUANTO RIGUARDA LA SESSUALITÀ DA QUALI PRINCIPALI FONTI TI INFORMI?</b>	<b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b> <input type="checkbox"/> Famiglia <input type="checkbox"/> Amici <input type="checkbox"/> Scuola <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	<b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b> <input type="checkbox"/> Famiglia <input type="checkbox"/> Amici <input type="checkbox"/> Scuola <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	

**TEMPO LIBERO**

		Presente ( <i>oggi- adesso</i> )	Passato ( <i>da bambino alle elementari</i> )	Futuro ( <i>io fra 10 anni, come vorrei diventare o penso diventerò</i> )
14	<b>QUANTO I TUOI GENITORI INFLUISCONO SUL TUO TEMPO LIBERO?</b>	<p><b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b></p> <input type="checkbox"/> Per nulla <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Abbastanza <input type="checkbox"/> Molto	<p><b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b></p> <input type="checkbox"/> Per nulla <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Abbastanza <input type="checkbox"/> Molto	
15	<b>COME TRASCORRI LA MAGGIOR PARTE DEL TUO TEMPO LIBERO?</b>	<p><b>Scegli <u>MAX DUE RISPOSTE</u></b></p> <input type="checkbox"/> Con la mia famiglia <input type="checkbox"/> Facendo sport <input type="checkbox"/> Con gli amici <input type="checkbox"/> Social-Media <input type="checkbox"/> Interessi personali <input type="checkbox"/> Altro(Specificare) _____	<p><b>Scegli <u>MAX DUE RISPOSTE</u></b></p> <input type="checkbox"/> Con la mia famiglia <input type="checkbox"/> Facendo sport <input type="checkbox"/> Con gli amici <input type="checkbox"/> Social-Media <input type="checkbox"/> Interessi personali <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	
16	<b>COME TI PIACEREBBE TRASCORRERE IL TUO TEMPO LIBERO?</b>	<p><b>Scegli <u>MAX DUE RISPOSTE</u></b></p> <input type="checkbox"/> Di più con gli amici <input type="checkbox"/> Di più con la famiglia <input type="checkbox"/> Avendo più momenti di riflessione personale <input type="checkbox"/> Dedicandomi ai miei interessi personali <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	<p><b>Scegli <u>MAX DUE RISPOSTE</u></b></p> <input type="checkbox"/> Di più con gli amici <input type="checkbox"/> Di più con la famiglia <input type="checkbox"/> Avendo più momenti di riflessione personale <input type="checkbox"/> Dedicandomi ai miei interessi personali <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	<p><b>Scegli <u>MAX DUE RISPOSTE</u></b></p> <input type="checkbox"/> Di più con gli amici <input type="checkbox"/> Di più con la famiglia <input type="checkbox"/> Avendo più momenti di riflessione personale <input type="checkbox"/> Dedicandomi ai miei interessi personali <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____

## FAMIGLIA

		Presente ( <i>oggi- adesso</i> )	Passato ( <i>da bambino alle elementari</i> )	Futuro ( <i>io fra 10 anni, come vorrei diventare o penso diventerò</i> )
17	<b>COME È IL DIALOGO CON I TUOI GENITORI?</b>	<b>Scegli MAX DUE RISPOSTE</b> <input type="checkbox"/> Spontaneo <input type="checkbox"/> Abituale <input type="checkbox"/> Superficiale <input type="checkbox"/> Forzato <input type="checkbox"/> Quasi assente <input type="checkbox"/> Assente del tutto <input type="checkbox"/> Importante <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	<b>Scegli MAX DUE RISPOSTE</b> <input type="checkbox"/> Spontaneo <input type="checkbox"/> Abituale <input type="checkbox"/> Superficiale <input type="checkbox"/> Forzato <input type="checkbox"/> Quasi assente <input type="checkbox"/> Assente del tutto <input type="checkbox"/> Importante <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	<b>Scegli MAX DUE RISPOSTE</b> <input type="checkbox"/> Spontaneo <input type="checkbox"/> Abituale <input type="checkbox"/> Superficiale <input type="checkbox"/> Forzato <input type="checkbox"/> Quasi assente <input type="checkbox"/> Assente del tutto <input type="checkbox"/> Importante <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____
18	<b>QUAL È LA MASSIMA ESPRESSIONE DI FIDUCIA, DA PARTE DEI TUOI GENITORI, CHE HA PIU' VALORE PER TE?</b>	<b>Scegli MAX DUE RISPOSTE</b> <input type="checkbox"/> Darmi le chiavi di casa <input type="checkbox"/> Nessun coprifuoco <input type="checkbox"/> Autonomia nelle spese <input type="checkbox"/> Uscire da solo/a <input type="checkbox"/> Poter scegliere la propria compagnia <input type="checkbox"/> Non controllare il cellulare <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	<b>Scegli MAX DUE RISPOSTE</b> <input type="checkbox"/> Darmi le chiavi di casa <input type="checkbox"/> Nessun coprifuoco <input type="checkbox"/> Autonomia nelle spese <input type="checkbox"/> Uscire da solo/a <input type="checkbox"/> Poter scegliere la propria compagnia <input type="checkbox"/> Non controllare il cellulare <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	
19	<b>COME TI SENTI IN FAMIGLIA?</b>	<b>Scegli UNA SOLA RISPOSTA</b> <input type="checkbox"/> Accettato/apprezzato/a <input type="checkbox"/> Compreso/a <input type="checkbox"/> Oppresso/a <input type="checkbox"/> Trascurato/a <input type="checkbox"/> Giudicato/a <input type="checkbox"/> Sottovalutato/a <input type="checkbox"/> Maltrattato/a <input type="checkbox"/> Sostenuto/a <input type="checkbox"/> Valorizzato/a <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	<b>Scegli UNA SOLA RISPOSTA</b> <input type="checkbox"/> Accettato/apprezzato/a <input type="checkbox"/> Compreso/a <input type="checkbox"/> Oppresso/a <input type="checkbox"/> Trascurato/a <input type="checkbox"/> Giudicato/a <input type="checkbox"/> Sottovalutato/a <input type="checkbox"/> Maltrattato/a <input type="checkbox"/> Sostenuto/a <input type="checkbox"/> Valorizzato/a <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	<b>Scegli UNA SOLA RISPOSTA</b> <input type="checkbox"/> Accettato/apprezzato/a <input type="checkbox"/> Compreso/a <input type="checkbox"/> Oppresso/a <input type="checkbox"/> Trascurato/a <input type="checkbox"/> Giudicato/a <input type="checkbox"/> Sottovalutato/a <input type="checkbox"/> Maltrattato/a <input type="checkbox"/> Sostenuto/a <input type="checkbox"/> Valorizzato/a <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____
20	<b>I TUOI GENITORI TI DIMOSTRANO AFFETTO?</b>	<b>Scegli UNA SOLA RISPOSTA</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> A volte <input type="checkbox"/> Solo mia madre <input type="checkbox"/> Solo mio padre <input type="checkbox"/> Quasi mai <input type="checkbox"/> No, nessuno dei due <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	<b>Scegli UNA SOLA RISPOSTA</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> A volte <input type="checkbox"/> Solo mia madre <input type="checkbox"/> Solo mio padre <input type="checkbox"/> Quasi mai <input type="checkbox"/> No, nessuno dei due <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	<b>Scegli UNA SOLA RISPOSTA</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> A volte <input type="checkbox"/> Solo mia madre <input type="checkbox"/> Solo mio padre <input type="checkbox"/> Quasi mai <input type="checkbox"/> No, nessuno dei due <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____

## SCUOLA/LAVORO

		Presente (oggi-adesso)	Passato (da bambino alle elementari)	Futuro (io fra 10 anni, come vorrei diventare o penso diventerò)
21	<b>TERMINATI GLI STUDI SARESTI PRONTO PER IL MONDO DEL LAVORO?</b>	<p><b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b></p> <input type="checkbox"/> Sì, perché ho avuto la possibilità di mettere in pratica le conoscenze apprese a scuola <input type="checkbox"/> No, perché non ho avuto la possibilità di mettere in pratica le conoscenze apprese a scuola <input type="checkbox"/> Non ho ancora la possibilità di provarlo <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____		<p><b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b></p> <input type="checkbox"/> Sì, perché ho avuto la possibilità di mettere in pratica le conoscenze apprese a scuola <input type="checkbox"/> No, perché non ho avuto la possibilità di mettere in pratica le conoscenze apprese a scuola <input type="checkbox"/> Non ho ancora la possibilità di provarlo <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____
22	<b>I VOTI RICEVUTI SECONDO TE RISPESCHIANO LA TUA PERSONA?</b>	<p><b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b></p> <input type="checkbox"/> Sì, perché ti fanno capire le tue abilità <input type="checkbox"/> No, perché non riconoscono l'impegno e la volontà per raggiungere un determinato risultato <input type="checkbox"/> Dipende dal metodo di valutazione dell'insegnante <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	<p><b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b></p> <input type="checkbox"/> Sì, perché ti fanno capire le tue abilità <input type="checkbox"/> No, perché non riconoscevano il mio impegno e la volontà per raggiungere un determinato risultato <input type="checkbox"/> Dipende dal metodo di valutazione dell'insegnante <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	
23	<b>SI HA UN CLIMA DI COINVOLGIMENTO E CONFRONTO DURANTE LE LEZIONI?</b>	<p><b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b></p> <input type="checkbox"/> Sì, sono complessivamente soddisfatto del clima di coinvolgimento e confronto <input type="checkbox"/> No, non sono soddisfatto del clima <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	<p><b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b></p> <input type="checkbox"/> Sì, sono complessivamente soddisfatto del clima di coinvolgimento e confronto <input type="checkbox"/> No, non sono soddisfatto del clima <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	
24	<b>COSA PENSI SIA BENE FARE PER SENTIRTI PIÙ COINVOLTO?</b>	<p><b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b></p> <input type="checkbox"/> Più spazio per gli alunni durante le lezioni (con ribaltamento dei ruoli) <input type="checkbox"/> Lavori di gruppo con presentazione alla classe <input type="checkbox"/> Più attività pratiche collegate allo studio <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	<p><b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b></p> <input type="checkbox"/> Più spazio per gli alunni durante le lezioni (con ribaltamento dei ruoli) <input type="checkbox"/> Lavori di gruppo con presentazione alla classe <input type="checkbox"/> Più attività pratiche collegate allo studio <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	

## SOCIETÀ E PARTECIPAZIONE (IMPEGNO SOCIALE)

		Presente ( <i>oggi-adesso</i> )	Passato ( <i>da bambino alle elementari</i> )	Futuro ( <i>io fra 10 anni, come vorrei diventare o penso diventerò</i> )
25	<b>SVOLGI QUALCHE ATTIVITÀ DI VOLONTARIATO?</b>	<b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No, non mi interessa <input type="checkbox"/> No, ma mi piacerebbe farlo	<b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No, non mi interessa <input type="checkbox"/> No, ma mi piacerebbe farlo	<b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No, non mi interessa <input type="checkbox"/> No, ma mi piacerebbe farlo
26	<b>SE SÌ, CHE COSA?</b>	Specificare _____ _____	Specificare _____ _____	Specificare _____ _____
27	<b>IN QUALE AMBITO TI SENTI DI POTER CONTRIBUIRE MAGGIORMENTE?</b>	<b>Scegli <u>MAX DUE RISPOSTE</u></b> <input type="checkbox"/> Ambiente <input type="checkbox"/> Diritti civili <input type="checkbox"/> Attività per i giovani <input type="checkbox"/> Attività culturali <input type="checkbox"/> Solidarietà (umanità) <input type="checkbox"/> Politica <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	<b>Scegli <u>MAX DUE RISPOSTE</u></b> <input type="checkbox"/> Ambiente <input type="checkbox"/> Diritti civili <input type="checkbox"/> Attività per i giovani <input type="checkbox"/> Attività culturali <input type="checkbox"/> Solidarietà (umanità) <input type="checkbox"/> Politica <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____	<b>Scegli <u>MAX DUE RISPOSTE</u></b> <input type="checkbox"/> Ambiente <input type="checkbox"/> Diritti civili <input type="checkbox"/> Attività per i giovani <input type="checkbox"/> Attività culturali <input type="checkbox"/> Solidarietà (umanità) <input type="checkbox"/> Politica <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____
28	<b>VORRESTI PARTECIPARE ALLE SCELTE CHE RIGUARDANO IL POSTO IN CUI VIVI?</b>	<b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No, non mi interessa <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____		<b>Scegli <u>UNA SOLA RISPOSTA</u></b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No, non mi interessa <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____

NOTE/OSSERVAZIONI \_\_\_\_\_

*Grazie per la tua collaborazione!*