

ANKIETA OCENY SZKOLENIA

Temat szkolenia:.....

Miejsce szkolenia: Termin szkolenia (r-m-d): ____ - ____ - ____

Imię i nazwisko prowadzącej/ prowadzącego	Nazwa firmy szkoleniowej/ komórki organizacyjnej (w przypadku pracownika ZUS)	wiedza z zakresu prowadzonego szkolenia	zrozumiałość przekazywania wiedzy	przygotowanie prowadzącego do zajęć	udzielanie wyczerpującej odpowiedzi na zadawane pytania	aktywne włączanie uczestników szkolenia w zajęcia	bieżące reagowanie na zaistniałe problemy	Komentarz
		Prosimy o dokonanie oceny w skali od 5 do 1 (5 – najwyższa, 1 – najniższa), poprzez wpisane odpowiedniej oceny.						
1.								
2.								
3.								

Prosimy o dokonanie oceny w skali od 5 do 1 (5 – najwyższa, 1 – najniższa), poprzez wstawienie znaku X oraz udzielenie odpowiedzi na pytania otwarte.

Zakres oceny:	5	4	3	2	1	komentarz
Przydatność szkolenia przy realizacji zadań na stanowisku pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Które z poruszanych zagadnień były najbardziej interesujące z punktu widzenia praktycznego zastosowania w pracy zawodowej?						
Jakich zagadnień zabrakło w programie szkolenia?						
Czy w programie szkolenia znajdowały się treści zbędne z punktu widzenia praktycznego zastosowania w pracy zawodowej?						
Przygotowanie sali szkoleniowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wyżywienie (jeżeli dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zakwaterowanie (jeżeli dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*Dziękujemy za wypełnienie ankiety.
Wyniki ankiet zostaną wykorzystane w celu zapewnienia wysokiej jakości szkoleń w ZUS.*