

**Projekt „Przystanek praca” – program Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027**

**ZAŁĄCZNIK NR 6 DO UMOWY ZLECENIA NR PP/SZ/25/…… z dnia 00.00.2025 r.**

**ANKIETA**

Prosimy, aby Pan/i jako uczestnik szkolenia pn. **„…………………………………….”** dokonał/a oceny przebiegu zajęć. Ankieta jest elementem monitoringu szkolenia i  będzie wykorzystana wyłącznie przez Powiatowy Urząd Pracy w Wadowicach. Prosimy o szczere   
i rzetelne udzielanie odpowiedzi, zakreślając symbolem X odpowiedni wariant.

1. W jakim stopniu jest Pan/Pani zadowolony/a z uczestnictwa w szkoleniu?

(proszę zastosować skalę od 1 do 5, gdzie 1 oznacza ocenę najniższą, a 5 najwyższą)

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

1. W jakim stopniu szkolenie spełniło Pana/Pani oczekiwania?

(proszę zastosować skalę od 1 do 5, gdzie 1 oznacza ocenę najniższą, a 5 najwyższą)

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

1. Jak Pani/ Pan ocenia zakres tematyczny szkolenia? *(liczba godzin teoretycznych szkolenia w stosunku do liczby godzin praktycznych)*

( proszę zastosować skalę od 1 do 5, gdzie 1 oznacza ocenę najniższą, a 5 najwyższą)

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

Jeżeli udzielili Państwo odpowiedzi zaznaczając na skali ocen 1 lub 2 proszę krótko wyjaśnić dlaczego:

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Jak ocenia Pan/Pani sposób prowadzenia zajęć?

(proszę zastosować skalę od 1 do 5, gdzie 1 oznacza ocenę najniższą, a 5 najwyższą)

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

1. Jak ocenia Pan/Pani sposób organizacji zajęć pod względem:

( proszę zastosować skalę od 1 do 5, gdzie 1 oznacza ocenę najniższą, a 5 najwyższą)

a) czasu, w którym się odbywały ..........

b) miejsca szkolenia ..........

c) warunków lokalowych ..........

d) wyposażenia technicznego ..........

e) poziomu wiedzy prowadzącego zajęcia ..........

f) zdolności przekazywania wiedzy ..........

1. Czy szkolił się Pan/i przy własnym stanowisku?

* tak
* nie

7. Czy zamierza Pan/Pani poszukiwać pracy zgodnie z uzyskanymi w trakcie szkolenia umiejętnościami?

* zdecydowanie tak
* raczej tak
* raczej nie
* nie
* jeszcze nie wiem

Jeżeli udzielili Państwo odpowiedzi „ raczej nie” lub „ nie” proszę krótko wyjaśnić dlaczego:

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Proszę podać inne kierunki szkoleń, odbyciem których byłby/ byłaby Pan/ Pani zainteresowany/a w przyszłości

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

METRYCZKA :

Wiek:............................

Wykształcenie:

* podstawowe, gimnazjalne i poniżej
* zasadnicze zawodowe/branżowe
* średnie ogólnokształcące
* średnie zawodowe/branżowe i policealne
* wyższe

Czas pozostawania bez pracy:

* do 6 miesięcy
* od 6 do 12 miesięcy
* powyżej 12 miesięcy