**Załącznik 17.3-12**

**Wzór ankiety z wizyty monitoringowej – doradztwo zawodowe**

|  |
| --- |
| *Wizyta monitoringow*a |
| Ankieta dla uczestnika projektu oceniająca przebieg doradztwa zawodowego |
| Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020  Działanie/Poddziałanie  Beneficjent/ Nr. Umowy o dofinansowanie |

Celem Ankiety jest poznanie Państwa opinii na temat przebiegu doradztwa zawodowego, a także ich przydatności dla rozwoju osobistego i kariery zawodowej. Przekazane przez Państwa informacje stanowić będą dane źródłowe niezbędne dla monitoringu i oceny projektu. Wypełniając ankietę należy zaznaczyć wybraną odpowiedź/wpisać właściwe informacje:

**I Podstawowe informacje**

Imię i nazwisko :

Miejsce realizacji wsparcia:

**II. Metryczka danych osobowych:**

Płeć:

□ Kobieta

□ Mężczyzna

Wiek………….

**Status na rynku pracy:**

□ osoba o niskich kwalifikacjach

□ osoba z niepełnosprawnościami

□ osoba długotrwale bezrobotna

□ osoba bierna zawodowo, niezarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy

□ osoba bezrobotna, zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy

□ osoba pracująca

III. Czy przed rozpoczęciem spotkań z doradcą zawodowym korzystał/a Pan/i z innych form wsparcia w ramach projektu? (jeśli tak, to proszę wskazać w jakich?)

………………………………………………………………………………………………….................................................................................................................................................................................................................

IV. Ocena przebiegu doradztwa zawodowego:

1. **Czy korzysta Pan/Pani z usługi pracy doradztwa zawodowego w ramach projektu?**

* TAK
* NIE

Jeśli odpowiedź brzmi „TAK” proszę Pana/Panią o podanie, w jakim wymiarze godzin jest realizowana usługa:

…………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Kto udziela Panu/Pani wsparcia w postaci doradztwa zawodowego?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Jeśli odpowiedź brzmi „NIE” proszę Pana/Panią o podanie powodu nie korzystania z ww. usługi: ……………………………………………………….…………………………...…………….………………………………………………………………………………………...………...……………………………………………………………………………………………………………..

1. **Czy otrzymał/a Pan/i materiały szkoleniowe?**

* TAK (proszę wskazać jakie)……………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* NIE

1. **Czy w trakcie spotkania z doradcą zawodowym został opracowany Indywidualny Plan Działania?**

* TAK
* NIE

1. **Czy w trakcie spotkania z doradcą zawodowym wypełniał/a Pan/i testy, ankiety, czy przeprowadzono badania psychologiczne?**

* TAK (proszę wskazać jakie)……………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* NIE

**V. Ocena trenera** (Prosimy o zaznaczenie „x” właściwej odpowiedzi)

(Liczba 1 oznacza ocenę negatywną, 3 nie mam zdania/ani dobrze ani źle, 5 ocenę pozytywną - najlepszą)

Imię i nazwisko trenera ………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SKALA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Wiedza wykładowcy/trenera była adekwatna do tematu szkolenia |  |  |  |  |  |
| Postawa wykładowcy/trenera jest przyjazna, profesjonalna i zaangażowania |  |  |  |  |  |
| Instrukcje do ćwiczeń były jasne i zrozumiałe |  |  |  |  |  |
| Sposób prowadzenia dyskusji i odpowiadania na pytania sprzyjał atmosferze i osiągnięciu celu szkolenia |  |  |  |  |  |
| Sposób prezentacji wiedzy sprzyjał osiągnięciu celu szkolenia |  |  |  |  |  |

* Uwagi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Czy został(a) Pan/Pani poinformowany, z jakich środków finansowany jest udział  
    w projekcie?**

□ Tak, projekt jest finansowany z ……………………………………………………………………………………………….

□ Nie

IV. Ocena materiałów oraz miejsca realizacji usługi doradztwa zawodowego:

(Liczba 1 oznacza ocenę negatywną, 3 nie mam zdania/ ani dobrze ani źle, 5 ocenę pozytywną - najlepszą)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Skala ocen: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Lokalizacja miejsca szkolenia, możliwość dojazdu. |  |  |  |  |  |
| Warunki pracy: sala, wyposażenie, oświetlenie |  |  |  |  |  |
| Jakość materiałów szkoleniowych |  |  |  |  |  |
| Jakość wyżywienia |  |  |  |  |  |

Uwagi, sugestie dotyczące projektu (czy jakieś aspekty merytoryczne i organizacyjne związane   
z realizacją projektu wymagają zmiany?):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**V. Ocena udziału w projekcie:**

(Prosimy o zaznaczenie „x” właściwej odpowiedzi)

(Liczba 1 oznacza ocenę negatywną, 3 nie mam zdania/ani dobrze ani źle, 5 ocenę pozytywną - najlepszą)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Skala ocen:** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **W jakim stopniu udział w projekcie przyczynił się do zdobycia nowej wiedzy/ umiejętności praktycznych** |  |  |  |  |  |
| **W jakim stopniu udział w projekcie przyczynił się do rozwoju kompetencji zawodowych** |  |  |  |  |  |
| **W jakim stopniu udział w projekcie przyczynił się do rozwoju wiedzy i umiejętności zdobytych podczas nauki** |  |  |  |  |  |
| **W jakim stopniu udział w projekcie przyczynił się zwiększenia szans na rynku pracy** |  |  |  |  |  |

**1. Czy jest Pań/Pani zadowolony/zadowolona z udziału w Projekcie?**

□ Tak

□ Nie

Uwagi:……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Niepełnosprawni w projekcie (proszę o wypełnienie w przypadku gdy jest Pan/i osobą posiadającą orzeczenie o stopniu niepełnosprawności):**
2. **Czy zgłosił/a Pan/Pani jakiekolwiek potrzeby wynikające z niepełnosprawności Pracodawcy lub Projektodawcy?**

□ Tak (jakie?)……………………………………………………………………………………………………………………………….

□ Nie

□ Nie dotyczy

1. **Jak Projektodawca zareagował na zgłoszone przez Pana/ią potrzeby wynikające   
   z niepełnosprawności?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Czy Projektodawca zaspokoił zgłaszane przez Pana/ią potrzeby wynikające z niepełnosprawności?**

□ Tak (jakie?)……………………………………………………………………………………………………………………………….

□ Nie

□ Nie dotyczy

1. **Czy miejsce realizacji wsparcia jest dostosowane do potrzeb osoby   
   z niepełnosprawnościami?**

□ Tak

□ Nie

□ Nie dotyczy

1. **Czy** materiały przekazane przez **Pracodawcę** /Projektodawcę są dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami? (jeśli dotyczy)

□ Tak

□ Nie

□ Nie dotyczy

1. **Czy Projektodawca zapewnił wsparcie asystenta?**

□ Tak

□ Nie

□ Nie dotyczy

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data i podpis