**Załącznik 17.3-13**

**Wzór ankiety z wizyty monitoringowej – pośrednictwo pracy**

|  |
| --- |
| *Wizyta monitoringow*a |
| Ankieta dla uczestnika projektu oceniająca przebieg pośrednictwa pracy |
| 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 pośrednictwa pracy, 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:

1. **Metryczka danych osobowych:**

Prosimy o zaznaczenie właściwych informacji:

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

1. Jakie były Pani/Pana projektu szanse na znalezienie zatrudnienia przed przystąpieniem do projektu:

□ małe

□ duże

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

1. Czy przed rozpoczęciem spotkań z pośrednikiem pracy korzystał/a Pan/i z innych form wsparcia w ramach projektu? (jeśli tak, to proszę wskazać w jakich i w jakim wymiarze czasowym?)

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

1. Ocena przebiegu pośrednictwa pracy:
2. **Czy Pan/Pani skorzystał (-ła) z usługi pośrednictwa pracy w ramach projektu?**

* TAK
* NIE
* Jeśli odpowiedź brzmi „TAK” proszę Pana/Panią o podanie, w jakim wymiarze godzin była zrealizowana usługa:

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

* Kto udzielał Panu/Pani wsparcia w postaci pośrednictwa pracy?

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

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

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 pośrednictwa pracy:

(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 |
| 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?): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **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 |  |  |  |  |  |

**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 Organizatorowi pośrednictwa pracy lub Projektodawcy?**

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

□ Nie

□ Nie dotyczy

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

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

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

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

□ Nie

□ Nie dotyczy

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

□ Tak

□ Nie

□ Nie dotyczy

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

□ Tak

□ Nie

□ Nie dotyczy

1. **Czy Organizator pośrednictwa pracy/Projektodawca zapewnił wsparcie asystenta?**

□ Tak

□ Nie

□ Nie dotyczy

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

Data i podpis