|  |
| --- |
| **Załącznik 17.3-8**  **Wzór ankiety z wizyty monitoringowej – szkolenie** |

|  |
| --- |
| ***Wizyta monitoringowa*** |
| **Ankieta dla uczestnika projektu „……”**  **oceniająca przebieg szkolenia** |
| **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 szkolenia (jakości szkolenia i jakości usług oferowanych w projekcie), a także jego 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 o szkoleniu:**

Imię i nazwisko uczestnika:

Nazwa/ temat szkolenia:

Nazwa instytucji szkoleniowej:

Imię i nazwisko osoby prowadzącej zajęcia:

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. Z jakich form wsparcia (i w jakim wymiarze godzinowym?) korzystał/a Pan/i przed rozpoczęciem szkolenia?

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

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

**IV. Ocena przebiegu szkolenia:**

( Proszę o zaznaczenie „x” przy 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 |
| Dzięki udziałowi w szkoleniu zdobyłem/-am nową wiedzę/umiejętności praktyczne |  |  |  |  |  |
| Cele szkolenia były jasno określone |  |  |  |  |  |
| Szkolenie jest dobrze dopasowane do moich potrzeb szkoleniowych |  |  |  |  |  |
| Metody szkolenia, środki dydaktyczne były odpowiednio dobrane |  |  |  |  |  |
| Prowadzący jest profesjonalnie przygotowany do prowadzenia szkolenia |  |  |  |  |  |

1. **Czy przed podjęciem szkolenia otrzymał(a) lub zapoznał(a) się Pan/Pani z dokładnym programem szkolenia?**

□ Tak

□ Nie

1. **Czy przed podjęciem szkolenia przeszedł/przeszła Pan/Pani odpowiednie badania lekarskie?**

□ Tak

□ Nie

□ Nie dotyczy

1. **Czy z chwilą podjęcia szkolenia odbył(a) Pan/Pani przeszkolenie z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy zorganizowane przez jednostkę szkoleniową?**

□ Tak

□ Nie

□ Nie dotyczy

1. **Czy Pana/Pani szkolenie odbywa się zgodnie z planem/harmonogramem?**

□ Tak

□ Nie

Jeśli „nie”, to dlaczego? (proszę uzasadnić) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...5. **Czy kiedykolwiek w trakcie obecności Pana/Pani na szkoleniu nie odbyły się jakiekolwiek   
z planowanych zajęć?**

□ Tak

□ Nie

Jeśli „tak”, to jak często? (*proszę wskazać liczbę takich zajęć*)

**6. Czy w ramach projektu zapewniono zwrot kosztów podróży? (jeśli dotyczy)**

□ Tak

□ Nie

1. **Czy w ramach projektu zapewniono bezpłatne materiały dydaktyczne? (jeśli dotyczy)**

□ Tak

□ Nie

□ Nie dotyczy

Jeśli „tak”, to jakie? (*proszę wymienić*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Czy w ramach projektu zapewniono ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków? (jeśli dotyczy)**

□ Tak

□ Nie

**V. Ocena organizacji szkolenia** ( 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 |  |  |  |  |  |

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

□ Tak

□ Nie

Uwagi, sugestie dotyczące szkolenia:

Czy został(a) Pan/Pani poinformowany/a, z jakich środków finansowane jest szkolenie?

□ Tak, jeśli tak to proszę wskazać nazwę funduszu: ………………………………………

□ Nie

**VI.** **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:

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

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:

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

**VII.** **Ocena oferowanych usług w ramach projektu**

(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 |
| Czy uważa Pan/Pani, że udział w projekcie przyczyni się do stworzenia indywidualnego planu rozwoju kariery zawodowej |  |  |  |  |  |
| Wsparcie doradcy zawodowego oceniam wysoko |  |  |  |  |  |
| Udział w projekcie przyczyni się do zdobycia odpowiednich kwalifikacji zawodowych |  |  |  |  |  |
| Udział w projekcie zwiększy moje szanse na zatrudnienie |  |  |  |  |  |
| Wiedzę zdobytą podczas szkolenia wykorzystam w mojej pracy zawodowej |  |  |  |  |  |

Uwagi, sugestie dotyczące szkolenia

**VIII. Niepełnosprawni w projekcie (proszę o wypełnienie w przypadku gdy jest Pan/i osobą posiadającą orzeczenie o stopniu niepełnosprawności)**

**1.** **Czy zgłosił/a Pan/Pani jakiekolwiek potrzeby wynikające z niepełnosprawności Organizatorowi szkolenia lub Projektodawcy?**

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

□ Nie

□ Nie dotyczy

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

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

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

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

□ Nie

□ Nie dotyczy

4. **Czy miejsce szkolenia jest dostosowane do potrzeb osoby z niepełnosprawnościami?**

□ Tak

□ Nie

□ Nie dotyczy

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

□ Tak

□ Nie

□ Nie dotyczy

**6. Czy Projektodawca/Organizator szkolenia zapewnił wsparcie asystenta?**

□ Tak

□ Nie

□ Nie dotyczy

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

data i podpis