

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DO CURSO/CAPACITAÇÃO



NOME DO PARTICIPANTE

NOME DO CURSO/CAPACITAÇÃO e NOME DO INSTRUTOR

PERÍODO

LOCAL

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

ITENS	QUESTÕES	RESPOSTAS		
		SIM	PARCIAL	NÃO
1	O CURSO/CAPACITAÇÃO ATINGIU O SEU OBJETIVO			
2	O PROGRAMA ESTABELECIDO FOI DESENVOLVIDO			
3	A ABORDAGEM PRÁTICA FOI SUFICIENTE			
4	A CARGA HORÁRIA FOI BEM DISTRIBUÍDA			
5	AS INSTALAÇÕES E RECURSOS FORAM ADEQUADOS			
6	O MATERIAL DIDÁTICO FOI SATISFATÓRIO			
7	VOCÊ DIRIA QUE SEU APROVEITAMENTO NESTE CURSO/CAPACITAÇÃO FOI BOM?			
8	VOCÊ ACHA QUE PODERÁ APLICAR OS CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS DURANTE O CURSO, NA SUA ÁREA DE ATUAÇÃO?			
9	SUAS ATIVIDADES PODERÃO SER OTIMIZADAS COM O APRENDIZADO ADQUIRIDO NESTE CURSO/CAPACITAÇÃO?			
10	ESTE CURSO/CAPACITAÇÃO PROPORCIONOU ALGUMA INOVAÇÃO QUANTO À TÉCNICAS OU CONTEÚDOS?			

ESPAÇO PARA JUSTIFICATIVA DO ITEM ANTERIOR (USE O VERSO SE NECESSÁRIO)

ESPAÇO RESERVADO PARA QUE VOCÊ DÊ OUTRAS OPINIÕES E SUGESTÕES (USE O VERSO SE NECESSÁRIO)

USE O VERSO SE PRECISAR

OBS.: ANEXAR O CERTIFICADO E/OU LISTA DE PRESENÇA