



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL CATARINENSE
GABINETE - SÃO FRANCISCO DO SUL**

ANEXO V

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DO CURSO DE CAPACITAÇÃO

NOME DO PARTICIPANTE

| |
|--|
| |
|--|

NOME DO CURSO/CAPACITAÇÃO E NOME DO INSTRUTOR

| |
|--|
| |
|--|

PERÍODO

LOCAL

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| ITENS | QUESTÕES | PERGUNTAS | | |
|-------|---|-----------|---------|-----|
| | | 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 ÀS TÉCNICAS OU | | | |



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL CATARINENSE
GABINETE - SÃO FRANCISCO DO SUL**

| | | | | |
|--|------------|--|--|--|
| | CONTEÚDOS? | | | |
|--|------------|--|--|--|

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

ESPAÇO RESERVADO PARA QUE VOCÊ DÊ OUTRAS OPINIÕES E SUGESTÕES

OBS: ANEXAR O CERTIFICADO E/OU LISTA DE PRESENÇA