



Fundusze Europejskie  
dla Śląskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Województwo  
Śląskie

## ANKIETA

Nazwa szkolenia: .....

Nazwa instytucji szkoleniowej: .....

Termin szkolenia: .....

### **PROSZĘ O PODKREŚLENIE WYBRANEJ ODPOWIEDZI**

**1. Czy szkolenie spełniło Pani/Pana oczekiwania?**

- a) tak
- b) nie

**2. Czy zakres tematyczny szkolenia był wystarczający?**

- a) tak
- b) nie

Jeżeli *NIE*, proszę uzasadnić: .....

**3. Czy odpowiadał Pani/Panu sposób prowadzenia zajęć?**

- a) tak
- b) nie

Jeżeli *NIE*, proszę uzasadnić: .....

**4. Jak ocenia Pani/Pan zajęcia teoretyczne?**

- a) pozytywnie
- b) negatywnie

Jeżeli *negatywnie*, proszę uzasadnić: .....

**5. Jak ocenia Pani/Pan zajęcia praktyczne?**

- a) pozytywnie
- b) negatywnie

Jeżeli *negatywnie*, proszę uzasadnić: .....

**6. Czy wyposażenie w sprzęt i warunki BHP na zajęciach były:**

- a) dobre
- b) niezadawalające

Jeżeli *niezadawalające*, proszę uzasadnić: .....

**Dziękujemy**