

Questionario di soddisfazione

Il Suo parere ci aiuta a migliorare continuamente la qualità delle nostre formazioni. La preghiamo di barrare la casella corrispondente.

★ Valutazione globale / 5

Barrare la casella corrispondente alla valutazione complessiva.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Per nulla soddisfatto

Molto soddisfatto

Nome e Cognome *		Formatore/trice	
Titolo della formazione *			
Data della formazione *			

* Campo obbligatorio

PREPARAZIONE ALLA FORMAZIONE

SÌ NO

Ha identificato le Sue aspettative e i Suoi bisogni prima della formazione?

Ha potuto discutere gli obiettivi della formazione con il Suo responsabile gerarchico?

CONTENUTO DELLA FORMAZIONE

SÌ MEDIO NO

Il contenuto della formazione era conforme al programma annunciato?

Il contenuto era conforme alle Sue aspettative?

CONDUZIONE PEDAGOGICA

SÌ MEDIO NO

La formazione Le è sembrata facilmente comprensibile?

Le esercitazioni pratiche e gli esercizi erano adeguati ai Suoi bisogni?

Il ritmo della formazione era adeguato?

I supporti didattici erano chiari e di qualità?

La qualità degli scambi tra il formatore e i partecipanti Le è sembrata soddisfacente?

APPLICAZIONE DELLE COMPETENZE ACQUISITE

SÌ MEDIO NO

Le conoscenze acquisite Le saranno utili per svolgere le Sue mansioni?

I materiali del corso Le saranno utili per svolgere le Sue mansioni?

ORGANIZZAZIONE E CONDIZIONI MATERIALI

SÌ MEDIO NO

L'accoglienza e l'organizzazione della sessione erano soddisfacenti?

Le condizioni materiali (luogo, sala, attrezzature) erano soddisfacenti?

DURATA

SUFFICIENTE TROPPO BREVE TROPPO LUNGA

La durata della formazione Le è sembrata:

Punti di forza e parte più interessante

Aree di miglioramento e suggerimenti