



Conhecer a sua opinião é importante para nós!
Contamos com a sua colaboração na resposta a este questionário

Formação - Questionário de avaliação de satisfação - formando/a | Formação à distância

Identificação da ação de formação

Designação _____

Ação n.º _____ Data de realização _____ a _____

Avaliação ao(s) Formador(es)

Assinale com uma cruz a resposta que mais corresponde à sua opinião, utilizando a seguinte escala:

NA-Não Aplicável 1-Muito insuficiente 2-Insuficiente 3-Suficiente 4-Bom 5-Muito bom

E- FORMADOR(ES)/A(S)	SESSÕES SÍNCRONAS															SESSÕES ASSÍNCRONAS											
	DOMÍNIO DO TEMA					CLAREZA NA LINGUAGEM					CAPACIDADE DE COMUNICAÇÃO					DINAMIZAÇÃO DA AÇÃO					DINAMIZAÇÃO DO FÓRUM						
	NA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	NA	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

Avaliação à Ação de Formação

Relativamente aos itens apresentados, escolha para cada um, o número correspondente a uma das seguintes possibilidades de resposta:

NA-Não aplicável 1-Muito insatisfeito/a 2-Insatisfeito/a 3-Nem insatisfeito/a nem satisfeito/a 4-Satisfeito/a 5-Muito satisfeito/a

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	NA	1	2	3	4	5
Cumprimento dos objetivos pedagógicos						
Pertinência/utilidade dos conteúdos programáticos						
Aquisição/atualização de conhecimentos						
Duração da ação						
Documentação disponibilizada						
Equipamentos/Audiovisuais						
Qualidade dos Recursos pedagógicos (vídeos, apresentações, atividades, etc)						
Acompanhamento e Coordenação Pedagógica						
AVALIAÇÃO GLOBAL	1	2	3	4	5	
Face às expectativas iniciais, como classifica a qualidade global da ação de formação						



Câmara Municipal de Lisboa
Direção Municipal de Recursos Humanos
Departamento de Desenvolvimento e Formação

Aplicação: Como pretende aplicar os conhecimentos adquiridos nesta ação de formação.

Selecione da lista seguinte os 3 mais importantes

Aplicabilidade reduzida	<input type="checkbox"/>
Não aplicação à função	<input type="checkbox"/>
Em situações eventuais	<input type="checkbox"/>
No futuro quando implementado	<input type="checkbox"/>
Em funções diárias	<input type="checkbox"/>
Em funções esporádicas	<input type="checkbox"/>
Nas funções diárias/vida pessoal	<input type="checkbox"/>
Desenvolvimento de competências	<input type="checkbox"/>
Melhorar o serviço ao munícipe	<input type="checkbox"/>
Relacionamento no trabalho	<input type="checkbox"/>
Sensibilização para o tema	<input type="checkbox"/>
Outros. Quais?	<input type="checkbox"/>

SUGESTÕES / COMENTÁRIOS

Identificação do Formando/a (Facultativa) _____

DM - Departamento - Divisão _____

Junta de Freguesia _____

Agrupamento de Escolas/Escola não Agrupada _____

A DMRH/DDF garante a confidencialidade no tratamento dos seus dados que serão utilizados apenas para fins relacionados com a avaliação da ação que frequentou.

Muito obrigado pela sua colaboração