

A sua opinião é essencial para a melhoria dos nossos serviços. Obrigado pela participação!

Data do preenchimento: ____/____/____.

IDENTIFICAÇÃO DO CURSO

NOME DA ESCOLA _____

Nome do Curso/Componente Curricular: _____ Turno: _____

Sobre Você:

Sexo: 1 () Masculino 2 () Feminino

Idade: Escolaridade: 1. () Fundamental Incompleto 5. () Ensino Superior Incompleto

2. () Fundamental Completo 6. () Ensino Superior Completo 3. () Ensino Médio Incompleto 7. () Pós-graduação

4. () Ensino Médio Completo

Você é Comerciante? () 1. Sim () 2. Não Você já realizou algum curso nessa escola anteriormente? () 1. Sim () 2. Não

Avalie cada item abaixo conforme a sua satisfação:		Muito Satisfeito	Satisfeito	Regular	Insatisfeito	Muito Insatisfeito	Não utilizou
INFRAESTRUTURA	Equipamentos disponibilizados	()	()	()	()	()	()
	Mobiliários adequados	()	()	()	()	()	()
	Serviços oferecidos e organização	()	()	()	()	()	()
	Coffee break	()	()	()	()	()	()
RECURSOS DIDÁTICOS	Qualidade na apresentação visual dos materiais	()	()	()	()	()	()
	Clareza	()	()	()	()	()	()
	Conteúdo	()	()	()	()	()	()
CURSO	Aplicabilidade dos Conhecimentos	()	()	()	()	()	()
	Tempo de duração do curso	()	()	()	()	()	()
	Programas desenvolvidos com relação às suas expectativas	()	()	()	()	()	()

NOME DO PROFESSOR: _____ NOME DA DISCIPLINA: _____

AVALIAÇÃO DOCENTE	Itens Avaliados	Muito Satisfeito	Satisfeito	Regular	Insatisfeito	Muito Insatisfeito
	Metodologia de ensino (aula dinâmica, prática e objetiva)	()	()	()	()	()
	Domínio dos conteúdos	()	()	()	()	()
	Relacionamento com os estudantes	()	()	()	()	()
	Empenho no esclarecimento de problemas e dúvidas do estudante	()	()	()	()	()
	Realização dos objetivos propostos	()	()	()	()	()
	Postura Ética	()	()	()	()	()
	Pontualidade	()	()	()	()	()
	Assiduidade	()	()	()	()	()

Sugestões/Comentários/ observação: Descrever também o que levou a sua avaliação como: Insatisfeito ou Muito Insatisfeito:

Seus dados (preenchimento opcional):

Nome _____ E-mail: _____ Telefone: () _____