

ANEXO 6.2

VALORACIONES DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA DE LOS/LAS PARTICIPANTES

Acción formativa: _____ Colectivo/s participantes: _____
Horas: _____ Fecha inicio: _____ Fecha final: _____
Entidad: _____ Formador/a: _____ Lugar: _____
Calendario sesiones (días y horas semanales): _____
Seguimiento: 1ª visita (antes de cumplirse la 3ª parte del Programa):
 Visita posterior: _____

Contenidos de las sesiones:

Escasos o no idóneos Suficientes / Adecuados Excelentes / Idóneos

Observaciones: _____

Dinámica de las sesiones:

Baja o escasa Suficiente / Participativa Alta / Comprometida
(participantes pasivos) (participantes activos en la sesión) (participantes muy activos)

Observaciones: _____

Ritmo del programa:

Claro retraso, va muy lento Algo por debajo de lo previsto Bien, según lo previsto

Observaciones: _____

Idoneidad de la logística:

Horario sesiones: Bueno / adecuado Pasable Malo
Duración sesiones: Buena / adecuada Regular Mala
Descansos: Buenos / adecuados Pocos, insuficientes Excesivos
Espacio: Bueno / amplio Regular Malo
Mobiliario: Buenos / modular pasable, con reservas Inadecuado

Observaciones: _____

Absentismo: Nulo o Muy Bajo Significativo: atención Alto

EVALUACIÓN DEL IMPACTO O APLICABILIDAD AL PUESTO DE TRABAJO

CUESTIONARIO A CUMPLIMENTAR POR:

A: EMPLEADOS/AS DEL DEPARTAMENTO

DE:.....

FECHA:

ACCIÓN FORMATIVA:

Ahora que ha regresado usted al trabajo deseamos una vez más evaluar la eficacia del Programa de Formación

Sus respuestas al próximo cuestionario nos ayudarán a continuar mejorando nuestros programas de formación en Prevención de Riesgos Laborales.

1º El Programa de Formación que inició le ha servido para realizar cambios que han de producir mejoras en las Condiciones de Seguridad y Salud en su trabajo.

(Marque con una cruz en la escala, siendo el grado óptimo el extremo izquierdo y el peor grado el extremo derecho)

Muchos cambios

Ningún cambio

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

2º Anote, por favor ¿cuáles son los cambios que ha realizado?

.....

.....

.....