

# PRESENÇA E EFICÁCIA DE TREINAMENTO

Nome do treinando:			
Cargo:			
Nome do Treinamento:			
Documento / Procedimento / Conteúdo do Treinamento			

**Tipo de Treinamento**

Qualidade	<input type="checkbox"/>	Treinamento Externo	<input type="checkbox"/>
Treinamento Interno	<input type="checkbox"/>	Prático / Treinamento de campo	<input type="checkbox"/>

Identifique no quadro abaixo, a pontuação que reflita sua avaliação sobre os aspectos aplicáveis. Utilize a escala de 1 a 5, sendo 1= insatisfatório, 2=regular, 3=bom, 4=muito bom, 5=excelente.

**PARTE A - Preenchimento pelo treinando, imediatamente após o término do treinamento.**  
 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O treinamento correspondeu as suas expectativas?	N.A.	1	2	3	4	5
Será útil no seu desenvolvimento profissional?	N.A.	1	2	3	4	5
Foram utilizados exemplos e casos reais?	N.A.	1	2	3	4	5
O tempo de duração foi suficiente?	N.A.	1	2	3	4	5

**PARTE B - A ser preenchida pelo Instrutor, R.D. ou Chefe de Setor**  
 Qual o período estimado para verificação da eficácia? \_\_\_\_\_ dias  
 Quem deverá fazer a verificação: \_\_\_\_\_

**PARTE C - Deverá ser preenchida pelo responsável pela verificação da eficácia**

Qual o grau na aquisição de conhecimentos?	N.A.	1	2	3	4	5
Como está o desempenho do treinando no trabalho?	N.A.	1	2	3	4	5
Os objetivos e requisitos foram atendidos?	N.A.	1	2	3	4	5
Os objetivos do treinamento foram atingidos?	N.A.	1	2	3	4	5

Utilize as linhas a seguir para comentários e recomendações de ações seqüenciais:

\_\_\_\_\_

Responsável pela avaliação: \_\_\_\_\_ Treinando: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_