

Seguimiento de la calidad - FORMACIÓN

Título del curso.....

Fecha.....

VALORAR DEL 1 AL 10

1. El contenido del curso: ¿se ha adecuado a sus necesidades?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. La metodología empleada

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Los docentes (conocimientos, claridad, dinamización del grupo)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. La duración del curso

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. El horario del curso

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. El material proporcionado y utilizado

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. Las instalaciones

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. ¿El curso ha cubierto sus expectativas?

SI	NO
----	----

En caso negativo, ¿por qué?

.....

9. ¿Qué podemos mejorar?

.....

10. ¿Qué otros cursos le gustaría que ofreciéramos?

.....

11. ¿Es la primera vez que viene al CDMT ?

SI	NO
----	----

12. ¿Cómo nos ha conocido?

web	newsletter	recomendación	otras
-----	------------	---------------	-------

