



AVALIAÇÃO DO CORPO DOCENTE PELO PARTICIPANTE

ATENÇÃO: A cópia impressa a partir da *intranet* é cópia não controlada.

NOME DO CURSO: _____

LOCAL: _____

DATA: _____

NOME DO PROFESSOR: _____

MARQUE SOMENTE ASSIM
COM ESFEROGRÁFICA AZUL OU PRETA

LEGENDA:

5 ÓTIMO

4 BOM

3 REGULAR

2 RUIM

1 PÉSSIMO

A) ATUAÇÃO DO PROFESSOR

SEGURANÇA NA TRANSMISSÃO DO CONHECIMENTO

5

4

3

2

1

CLAREZA E OBJETIVIDADE NA COMUNICAÇÃO

5

4

3

2

1

CUMPRIMENTO INTEGRAL DO PROGRAMA

5

4

3

2

1

DISPONIBILIDADE PARA ORIENTAÇÃO E ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

5

4

3

2

1

TRANSMISSÃO DO CONTEÚDO COM EFICÁCIA

5

4

3

2

1