

Forma de Retroalimentación del Entrenamiento

Título del Curso: Protección Contra Caídas en Astilleros

Fecha _____

Instructor: _____

Su Nombre (Opcional): _____

Utilizando la escala de calificación de abajo, circule el número que usted cree que es el más apropiado.

Escala de Calificación: 1= Pobre 3 = Promedio 5 = Excelente

Capacitador

Claridad de la Presentación	1	2	3	4	5
Conocimiento del Material	1	2	3	4	5
Alentó la Participación	1	2	3	4	5

Material De capacitación (Manual de Entrenamiento, Diapositivas y video)

Entendible	1	2	3	4	5
Bien Organizado	1	2	3	4	5
Apariencia Profesional	1	2	3	4	5

What Will You Do Differently Because of This Training?

What Other Comments or Suggestions Do You Have?

This material was produced under grant SH-27645-SH5 from the Occupational Safety and Health Administration, U.S. Department of Labor. It does not necessarily reflect the views or policies of the U.S. Department of Labor, nor does mention of trade names, commercial products or organizations imply endorsement by the U.S. Government.