

ENCUESTA PARA EMPRESAS COLABORADORAS

CURSO 20__/20__

EMPRESA:			
ALUMNO/A:			
CENTRO DOCENTE:			
CICLO FORMATIVO:		GRADO:	
TUTOR/A LABORAL:			
CENTRO DE TRABAJO:		HORAS:	
TUROR/A DOCENTE:			

<p>ÁREAS Y PUESTOS DE TRABAJO DONDE HA DESARROLLADO LAS ACTIVIDADES FORMATIVAS:</p>

Valore de 1 a 5

1.- Formación en Centros de trabajo

--

2.- Información recibida por el tutor de FCT

--

3.- Señale con una X lo que proceda. Especifique qué otros aspectos valora.

	NEGATIVA	POSITIVA	EXCELENTE
Competencias profesionales			
Competencias organizativas			
Competencias relacionales			
Capacidad de respuesta a las contingencias			
Otros aspectos			

4.- ¿Están interesados en participar el próximo curso en la Formación en Centros de Trabajo?

Sí / No

5.- ¿Introduciría modificaciones en el programa formativo?, hágalas constar detrás.

En _____ a _____ de _____ de _____

Fdo: EL/LA TUTOR/A DEL CENTRO DE TRABAJO

Sello de la empresa



Gracias por su colaboración

