

Fragebogen zum Lehrgang/Schulung/Seminar

Name: Basha Vorname: Mohammed Afzal Abt. F&E Ventile, Strahlpumpen, Aktuatoren
 Bezeichnung des absolvierten Lehrgangs / Schulung / Seminar: Termin: 02.11.2021 - 05.11.2021
 CATIA V5
 Anbieter/-in/Trainer/-in: 170690 Desys CTE GMBH

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend
1. Wie gut ist der Lehrgangsinhalt verstanden worden ?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Wie gut stimmen erwartete Schulungsinhalte und tatsächliche Inhalte überein ?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Wie gut stimmen Schulungsinhalte und Praxisanforderungen überein ?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Nachschulung über den <u>gleichen Schulungsinhalt</u> erforderlich, da die Schulung nicht ausreichend war ?	<input checked="" type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nein		
5. Würden Sie den/die Anbieter/-in weiterempfehlen ?	<input checked="" type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nein		
Nur auszufüllen, wenn die Veranstaltung extern war:						
6. Wie war die Organisation der Schulung / des Seminars ?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Bemerkungen zur Veranstaltung:

Ich habe bisschen problem mit log-in an den erste tag. sonst war alles inordnung.

21-12-2021

Datum

Unterschrift Lehrgangsteilnehmer(-in)

Von der Führungskraft immer auszufüllen:

Die Führungskraft hat frühestens vier Wochen nach dem Lehrgang/Schulung/Seminar zu prüfen, ob das vermittelte Wissen wirksam eingesetzt wird!

Wird das vermittelte Wissen wirksam eingesetzt? ☐ Ja ☐ Nein → Wenn nein Maßnahme festlegen !

Maßnahme:

Datum

Unterschrift Führungskraft

Name in Druckbuchstaben

Den Fragebogen bitte umgehend einschließlich einer Kopie des Zertifikates / der Schulungsbestätigung an Abt. FP-4 zurückgeben !

Doc. 0307 / Rev. 10 / 18.06.2021

Fragebogen zum Lehrgang/Schulung/Seminar

Name: Basha **Vorname:** Mohammed Afzal **Abt.** F&E Ventile, Strahlpumpen, Aktuatoren
Bezeichnung des absolvierten Lehrgangs / Schulung / Seminar: **Termin:** 20.10.2021 - 20.10.2021
 Elektromagnetische Verträglichkeit
Anbieter/-In/Trainer/-In: 181010 INSTITUT FÜR ELEKTROMAGNETISCHE

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend
1. Wie gut ist der Lehrgangsinhalt verstanden worden ?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Wie gut stimmen erwartete Schulungsinhalte und tatsächliche Inhalte überein ?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Wie gut stimmen Schulungsinhalte und Praxisanforderungen überein ?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Nachschulung über den gleichen Schulungsinhalt erforderlich, da die Schulung nicht ausreichend war ?	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Nein			
5. Würden Sie den/die Anbieter/-in weiterempfehlen ?	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Nein			
Nur auszufüllen, wenn die Veranstaltung extern war:						
6. Wie war die Organisation der Schulung / des Seminars ?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Bemerkungen zur Veranstaltung:

21-12-2021

Datum


Unterschrift Lehrgangsteilnehmer(-in)

Von der Führungskraft immer auszufüllen:

Die Führungskraft hat frühestens vier Wochen nach dem Lehrgang/Schulung/Seminar zu prüfen, ob das vermittelte Wissen wirksam eingesetzt wird!

Wird das vermittelte Wissen wirksam eingesetzt? ☐ Ja ☐ Nein → Wenn nein Maßnahme festlegen!

Maßnahme:

Datum

Unterschrift Führungskraft

Name in Druckbuchstaben

Den Fragebogen bitte umgehend einschließlich einer Kopie des Zertifikates / der Schulungsbestätigung an Abt. FP-4 zurückgeben!

Doc. 0307 / Rev. 10 / 18.06.2021