Unidad de Formación
Distrito Sanitario Málaga
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA FORMACION POR LOS DOCENTES

Nombre y Apellidos (Opcional)	Fecha inicio:	Fecha fin:	Total horas:
Nombre del curso			

- El propósito de este cuestionario es recabar sus opiniones, experiencias y observaciones para la evaluación del desarrollo del presente curso. Es por esto, que como DOCENTE de cursos del Distrito Málaga le solicitamos que responda a las cuestiones que se plantean.
- Las opciones de respuesta a los ítems del cuestionario son las siguientes:
  1: Total desacuerdo; 2: En desacuerdo; 3: Indiferente; 4: De acuerdo; 5: Totalmente de acuerdo.

ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD DOCENTE						
1	**La organización general del curso fue eficaz**	1	2	3	4	5
2	**Me comunicaron con suficiente antelación los aspectos organizativos del curso**	1	2	3	4	5
3	**El número de alumnos/as fue adecuado para la metodología de enseñanza**	1	2	3	4	5
DISTRIBUCIÓN						
4	**Las horas lectivas del curso fueron suficientes**	1	2	3	4	5
5	**La distribución del tiempo de las sesiones fue adecuada**	1	2	3	4	5
CONDICIONES Y AMBIENTE						
6	**El perfil del alumnado era adecuado**	1	2	3	4	5
7	**Los medios técnicos eran adecuados**	1	2	3	4	5
8	**El aula era adecuada**	1	2	3	4	5
SATISFACCIÓN						
9	**Grado de satisfacción general con el curso**	1	2	3	4	5
10	**Realizaría más cursos en el Distrito Málaga**	1	2	3	4	5

OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS:

Gracias por su colaboración