**Instruções de Preenchimento:**

**Apenas pode escrever nos campos sombreados e escolher as opções nos formulários disponíveis.**

**Após o preenchimento deve: imprimir, assinar e entregar no CFAC.**

* **IDENTIFICAÇÃO DO FORMADOR**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nome :*** |       |
| ***Documento Identificação nº:*** |       | ***Nº Identificação Fiscal:*** |       |
| ***Habilitações académicas:*** | Selecione |  |  |

* **IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Designação:*** |       |
| ***Nº Ação:*** |       | ***Local de realização:*** |       |
| ***Modalidade:*** | Escolha uma opção | ***Nº horas presenciais:*** |         | ***Nº horas trabalho autónomo:***  |       |
| ***Nº formandos com aproveitamento:*** |       | ***Nº formandos sem aproveitamento:*** |       | ***Nº formandos que desistiram:*** |       |

* **AVALIAÇÃO DA AÇÃO:**

(selecione, para cada frase, o parâmetro que considera mais correto/verdadeiro relativamente à ação de formação que dinamizou e justifique a sua opção, sempre que considere oportuno)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. ***Considero que o funcionamento desta ação de formação foi…***
 | Escolha 1 opção |
| **Justificação:**      |
| 1. ***Considero que, ao nível da utilidade, este processo formativo revelou-se…***
 | Escolha 1 opção |
| **Justificação:**      |
| 1. ***O nível de organização da presente ação de formação foi…***
 | Escolha 1 opção |
| **Justificação:**      |
| 1. ***Os objetivos e tarefas inicialmente previstos para esta ação de formação…***
 | Escolha 1 opção |
| **Justificação:**      |
|  | com profundidade |
| 1. ***As intervenções/participação dos formandos nas sessões de formação foram…***
 | Escolha 1 opção |
| **Justificação:**      |
| 1. ***Penso que os impactos desta ação nas práticas pedagógicas dos formandos serão…***
 | Escolha 1 opção |
| **Justificação:**      |
| Escolha um item. |
| Escolha 1 opção |
| Escolha 1 opção |
| Escolha 1 opção |
| **A média de desempenho dos formandos participantes nesta ação é:** | **Escolha 1 opção** |

* **AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DO CFAC:**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Avalio os serviços prestados/disponibilizados pelo Centro de Formação com…*** | Escolha 1 opção |
| **Justificação:**      |

* **OBSERVAÇÕES/SUGESTÕES:**

(utilize este espaço, se considerar que deve acrescentar algo importante sobre a ação que orientou)

|  |
| --- |
|       |
|  |

Centro de Formação do Alto Cávado, 24-01-2019

O/A Formador/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_