

KWESTIONARIUSZ OCENY OKRESU PRÓBNEGO UCZESTNIKA

.....
(imię i nazwisko Uczestnika)

Data podpisania Indywidualnego Programu Zatrudnienia Socjalnego

PYTANIA DO UCZESTNIKA:

Czy uczestnictwo w CIS spełnia Pana/Pani oczekiwania?	TAK	NIE
Czy jest Pan/Pani zainteresowany kontynuacją tego uczestnictwa?	TAK	NIE
Czy jest Pan/Pani związany/a z innym podmiotem umową, z której pobiera Pan/Pani wynagrodzenie? (np. umową o pracę, umową zleceniem, umową o dzieło lub inną)	TAK	NIE
Oświadczam, że podane informacje są zgodne z prawdą		
..... data	 (podpis imieniem i nazwiskiem)	

OCENA KIEROWNIKA I INSTRUKTORA (skala ocen 1-5, gdzie 1 to najniższa ocena)

Kryterium	Ocena i podpis Instruktora	Ocena Kierownika
Punktualność		
Rzetelność		
Stosowanie się do poleceń		
Relacje z innymi uczestnikami		
Dbłość o powierzone mienie		

Opinia pracownika socjalnego: rekomenduję nieprzedłużanie / przedłużenie uczestnictwa

data i podpis pracownika socjalnego:

Pan/Pani

☐ zostaje zakwalifikowana/y

☐ zostaje niezakwalifikowana/y

do uczestnictwa w CIS po ukończeniu okresu próbnego na okres 11 miesięcy.

.....
data i podpis Kierownika/Zastępcy