Załącznik 5. Test przed rozpoczęciem wsparcia - pozostałe formy wsparcia z wyjątkiem szkoleń/kursów wewnętrznych (**wypełniany każdorazowo**)

Tytuł: Politechnika Śląska uczelnią wspierającą kadrę w drodze do doskonałości

**TEST KOMPETENCYJNY - PRZED ROZPOCZĘCIEM**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **Wydział/Instytut/Katedra:** |  |
| **Rodzaj wsparcia:** | szkolenie/kurs zew.\*\*  studia podyplomowe staż/wizyta studyjna |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa/temat szkolenia/kursu/studiów podyplomowych:** |  |
| **Data rozpoczęcia:** |  |
| **Planowana data zakończenia:** |  |

Posługując się skalą od 1 do 6, gdzie 1 oznacza niewielką wiedzę, a 6 b. dużą wiedzę, proszę ocenić poniższe stwierdzenia biorąc pod uwagę znajomość zagadnień poruszanych w ramach wsparcia. Ocenę proszę zaznaczyć znakiem „X”.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ocena** | | | | | |
| **Stwierdzenie** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| Rozumiem tematykę poruszanych zagadnień |  |  |  |  |  |  |
| Posiadam wiedzę teoretyczną w zakresie poruszanych zagadnień |  |  |  |  |  |  |
| Potrafię zastosować wiedzę teoretyczną w praktyce zawodowej |  |  |  |  |  |  |
| Posiadam wiedzę praktyczną w zakresie poruszanych zagadnień |  |  |  |  |  |  |
| Potrafię zastosować wiedzę praktyczną w praktyce zawodowej |  |  |  |  |  |  |

Posługując się skalą od 1 do 6, gdzie 1 oznacza brak umiejętności, a 6 b. dużą umiejętność, proszę ocenić swoje kompetencje. Ocenę proszę zaznaczyć znakiem „X”.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ocena** | | | | | |
| **Kompetencje** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| Komunikatywność |  |  |  |  |  |  |
| Sumienność i dokładność |  |  |  |  |  |  |
| Samodzielność |  |  |  |  |  |  |
| Praca zespołowa |  |  |  |  |  |  |
| Myślenie analityczne |  |  |  |  |  |  |
| Organizacja pracy |  |  |  |  |  |  |
| Zaangażowanie |  |  |  |  |  |  |
| Kreatywność |  |  |  |  |  |  |
| Radzenie sobie ze stresem |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby wypełniającej

\* Szkolenie/kurs prowadzony przez zewnętrzny podmiot