



Załącznik nr 5 do Umowy nr/ROPS I/2025/SPS

Test POST

Data:

Imię i nazwisko:

Instytucja:

Rodzaj wsparcia: **Doradztwo grupowe stacjonarne z zakresu tworzenia i funkcjonowania centrum usług społecznych dla jednostek samorządu terytorialnego i ośrodków pomocy społecznej z województwa warmińsko-mazurskiego.**

Szanowni Państwo, prosimy o określenie jednej odpowiedzi na poniższe pytania zgodnie z Państwa wiedzą.

1. Pytanie

- a) odpowiedź
- b) odpowiedź
- c) odpowiedź
- d) odpowiedź

2. Pytanie

- a) odpowiedź
- b) odpowiedź
- c) odpowiedź
- d) odpowiedź

3. Pytanie

- a) odpowiedź
- b) odpowiedź
- c) odpowiedź
- d) odpowiedź

4. Pytanie

- a) odpowiedź
- b) odpowiedź
- c) odpowiedź
- d) odpowiedź

5. Pytanie

- a) odpowiedź
- b) odpowiedź
- c) odpowiedź
- d) odpowiedź



6. Pytanie

- a) odpowiedź
- b) odpowiedź
- c) odpowiedź
- d) odpowiedź

7. Pytanie

- a) odpowiedź
- b) odpowiedź
- c) odpowiedź
- d) odpowiedź

8. Pytanie

- a) odpowiedź
- b) odpowiedź
- c) odpowiedź
- d) odpowiedź

9. Pytanie

- e) odpowiedź
- f) odpowiedź
- g) odpowiedź
- h) odpowiedź

10. Pytanie

- e) odpowiedź
- f) odpowiedź
- g) odpowiedź
- h) odpowiedź

Dziękujemy za wypełnienie testu!

UWAGA !!! – tabeli nie wypełnia uczestnik szkolenia – wypełnia ją doradca.

Liczba uzyskanych punktów z PRE testu pkt.
Liczba uzyskanych punktów z POST testu pkt.
Podniesienie kompetencji	<input type="checkbox"/> Tak* <input type="checkbox"/> Nie

*Warunkiem podniesienia kompetencji jest uzyskanie większej liczby punktów w POST teście niż w PRE teście oraz uzyskanie co najmniej 6 pkt z POST testu.

.....
Podpis realizatora

.....
Podpis doradcy