

GRUP İÇİ DEĞERLENDİRME FORMU

Kendiniz dışında diğer grup üyelerininDersin Adı (Danışman Adı)..... dersi grup projesine katkısını değerlendiriniz. Değerlendirmelerinizde aşağıdaki ölçeği kullanınız.

1	Çok az düzeyde
2	Az düzeyde
3	Orta düzeyde
4	Yeterli düzeyde
5	Yüksek düzeyde

Diğer grup Üyeleri	Siz proje lideri iken verdiğiniz talimatları ne düzeyde yerine getirdi? (Talimat alma becerisi)				
Adı – Soyadı :	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adı – Soyadı :	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adı – Soyadı :	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dönüşümlü liderlik görevini ne düzeyde gerçekleştirdi? Değerlendirmenizi aşağıdaki konulara yönelik verdiği talimatlara göre yapınız. (Talimat verme becerisi)				
	<ul style="list-style-type: none">Grup toplantılarını organize etmeDanışmanla görüşmeleri organize etmeKurum, firma görüşmelerini organize etmeGörev paylaşımının yapılması, kaydedilmesi, çizelgelenmesiMotivasyon artırma araçlarının kullanımı				
Adı – Soyadı :	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adı – Soyadı :	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adı – Soyadı :	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rapor ve sunum hazırlamaya ne düzeyde katkıda bulundu? (Grup içi çalışma becerisi)				
Adı – Soyadı :	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adı – Soyadı :	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adı – Soyadı :	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belirtmek istediğiniz hususlar varsa yazınız					