Zał. nr 5 do Regulaminu rekrutacji

|  |
| --- |
| **FORMULARZ DIAGNOZY POTRZEB SZKOLENIOWYCH** |
| **Tytuł projektu** | **„Samodzielni!”** |
| **Nr projektu** | ***POWR.01.02.01.24-067/20*** |
| Ja, niżej podpisany/a ……………………………………………………………………. (imię i nazwisko)wyrażając zamiar uczestnictwa w projekcie „Samodzielni!” deklaruję chęć uczestnictwa w zajęciach szkoleniowych |
| **SZKOLENIA** |
| **Poziom zaawansowania w zależności od wiedzy w zakresie zakładania i prowadzenia firmy** | **Liczba godzin szkoleniowych** | **TAK**(X zaznaczyć wybraną kategorię) |
| PODSTAWOWY – brak wiedzy z zakresu prowadzenia firmy  |  |  |
| ŚREDNIOZAAWANSOWANY – wiedza ogólna, teoretyczna z zakresu prowadzenia firmy |  |  |
| ZAAWANSOWANY – praktyczne doświadczenie w prowadzeniu firmy i wiedza z zakresu przedsiębiorczości[[1]](#footnote-1) |  |  |
| Miejscowość i data  |  |
| podpis Doradcy zawodowego |  |
| podpis Kandydata/Kandydatki |  |

 Załącznik do Formularza diagnozy potrzeb szkoleniowych

|  |
| --- |
| **INDYWIDUALNY ZAKRES POTRZEB SZKOLENIOWYCH DLA UCZESTNIKA PROJEKTU** |
| **Liczba godzin** | **Tematyka szkolenia wraz z minimalnymi zagadnieniami szczegółowymi** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| podpis Doradcy zawodowego |  |
| podpis Kandydata/Kandydatki |  |

1. *osoby, które:*

*prowadziły własną działalność gospodarczą i/lub,*

*były wspólnikami/udziałowcami w dowolnej spółce i/lub,*

*były osobami współpracującymi i posiadają wiedzę z zakresu prowadzenia firmy.* [↑](#footnote-ref-1)