**ZAŁĄCZNIK NR 4 do dokumentu: Regulaminu rekrutacji**

 **Formularz diagnozy potrzeb szkoleniowych**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr identyfikacyjny (tożsamy z numerem nadanym na formularzu rekrutacyjnym)** |  |
| **Imię i Nazwisko:** |  |

Szkolenie z zakładania i prowadzenia działalności gospodarczej

Planowany termin realizacji szkolenia: ……………………………

Planowany czas trwania 4 dni (łącznie 30 godzin dydaktycznych)

**Proszę zakreślić poprawną odpowiedź**

1. **Czy korzystał/a Pan/Pani ze wsparcia doradczy zawodowego**
2. TAK
3. NIE
4. **Czy uczestniczył/a Pan/Pani w szkoleniu z zakresu prowadzenia działalności?**
5. TAK
6. NIE
7. **Czy jest Pan/ Pani zainteresowany/a podjęciem szkolenia z zakresu prowadzenia działalności gospodarczej?**
8. TAK
9. NIE. Jeżeli NIE, proszę napisać dlaczego: ….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
10. **Jakie formy nauki Pan/Pani preferuje?**
11. Metody praktyczne (uczenie się przez działanie)
12. Metody waloryzacyjne (uczenie się przez przeżywanie)
13. Metody asymilacji wiedzy (uczenie się przez przyswajanie)
14. Metody oparte na słowie (opowiadanie, wykład, pogadanka, dyskusja, praca z książką)
15. **Czy planuje Pani/Pan podnosić lub zdobywać nowe kwalifikacje?**
16. tak, bez względu na okoliczności
17. tak, pod warunkiem, że będą bezpłatne
18. nie mam takich potrzeb
19. **Proszę ocenić obecny stan swojej wiedzy z zakresu obsługi komputera**
20. posiadam podstawową wiedzę z zakresu komputera
21. posiadam zaawansowane umiejętności w zakresie obsługi komputera
22. **Czy konieczność dojazdu na szkolenie stanowi dla Pana/Pani przeszkodę do wzięcia w nim udziału?**
23. TAK
24. NIE
25. **Czy potrzebuje Pan/Pani zapewnienia specjalistycznego transportu umożliwiającego dojazd (tam i z powrotem) do miejsca realizacji szkolenia?**
26. TAK
27. NIE
28. **Czy potrzebuje Pan/Pani alternatywnych form przygotowania materiałów dydaktycznych (materiałów szkoleniowych)?**
29. TAK \*
30. NIE \* Proszę doprecyzować rodzaj dostosowania materiałów (np. wersje elektroniczne dokumentów, wersje w druku powiększonym, wersje pisane alfabetem Braille’a, wersje w języku łatwym, nagranie tłumaczenia na język migowy na nośniku elektronicznym, itp.): ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
31. **Jakie terminy szkoleń są dla Pana/Pani najbardziej odpowiednie?**
32. w ciągu tygodnia w godzinach przedpołudniowych
33. w ciągu tygodnia w godzinach popołudniowych
34. w systemie weekendowym
35. nie ma znaczenia
36. **Jakie ma Pan/Pani oczekiwania dotyczące wpływu szkolenia na prowadzenie działalności gospodarczej?**
37. wzrost umiejętności w zakresie obsługi klienta
38. wzrost umiejętności pozyskania nowych klientów
39. praktyczne aspekty prowadzenia firmy wykorzystywane w codziennej pracy
40. **Czy ma Pan/ Pani specjalne wymagania, co do wykorzystywanych metod nauki na szkoleniu?**
41. Konwersacje
42. Warsztaty
43. Wykłady
44. Dyskusje grupowe
45. Prezentacje wideo i audio
46. Wykorzystywanie programów komputerowych, które będą wykorzystane w prowadzonej działalności gospodarczej,
47. **Jakich metod wsparcia poszkoleniowego Pan/Pani oczekuję?**
48. możliwość konsultacji z trenerem
49. wsparcie doradcy zawodowego
50. pomoc w założeniu działalności gospodarczej
51. inne, jakie ………………………………………………………………
52. **Jakie ma Pan/ Pani wymagania w stosunku do szkolenia?**
53. Materiały szkoleniowe
54. Serwis kawowy
55. Lunch
56. Zwrot kosztów dojazdu
57. Inne…………………………………………………………………………
58. **W przypadku nieuwzględnienia w niniejszej ankiecie rodzaju wsparcia, które jest niezbędne dla Pana/Pani do pełnego uczestnictwa w projekcie, prosimy o wskazanie poniżej:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………..…………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Zakres tematyczny szkoleń: Na podstawie indywidualnych potrzeb i preferencji, należy zaznaczyć obszary, które wymagają świadczenia usług szkoleniowych.

1. **Działalność gospodarcza w kontekście przepisów prawnych:**
2. Początkujący
3. Średniozaawansowany
4. Zaawansowany
5. **Księgowość oraz przepisy podatkowe i ZUS:**
6. Początkujący
7. Średniozaawansowany
8. Zaawansowany
9. **Reklama i inne działania promocyjne**:
10. Początkujący
11. Średniozaawansowany
12. Zaawansowany

1. **Inne źródła finansowania działalności gospodarczej:**
2. Początkujący
3. Średniozaawansowany
4. Zaawansowany
5. **Sporządzenie biznesplanu i jego realizacja:**
6. Początkujący
7. Średniozaawansowany
8. Zaawansowany
9. **Negocjacje biznesowe:**
10. Początkujący
11. Średniozaawansowany
12. Zaawansowany
13. **Pozyskanie i obsługa klienta:**
14. Początkujący
15. Średniozaawansowany
16. Zaawansowany
17. **Radzenie sobie ze stresem i konfliktem:**
18. Początkujący
19. Średniozaawansowany
20. Zaawansowany
21. **Kodeks Pracy zatrudnianie pracowników, Osób z Niepełnosprawnością i Kobiet, ulgi, bariery i sposoby niwelowania stereotypów, RODO**
22. Początkujący
23. Średniozaawansowany
24. Zaawansowany
25. **Samozatrudnienie jako sposób na godzenie życia zawodowego z życiem prywatnym**
26. Początkujący
27. Średniozaawansowany
28. Zaawansowany

 …………………………….……………………… …………………………………………………

 MIEJSCOWOŚĆ I DATA PODPIS KANDYDATA DO PROJEKTU

**Opinia dorady zawodowego odnośnie potrzeb szkoleniowych kandydata do projektu**

 1. Zakres tematyczny szkolenia wskazany dla kandydata do projektu …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

2. Wskazana liczba godzin do realizacji w podziale na szkolenie indywidualne i grupowe …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………….………..……...………………………

 Podpis doradcy zawodowego