

**ZAŁĄCZNIK NR 4 do Regulaminu rekrutacji uczestników projektu**

**FORMULARZ DIAGNOZY POTRZEB SZKOLENIOWYCH**

**Projekt „ CZAS NA WŁASNY BIZNES ”**

<b>Imię i nazwisko Doradcy zawodowego</b>	
<b>Data spotkania</b>	
<b>Indywidualny Numer Identyfikacyjny</b>	
<b>Imię i nazwisko Kandydata/Kandydatki</b>	

**WYWIAD WYZNACZAJĄCY ZAKRES WSPARCIA SZKOLENIOWEGO DLA KANDYDATA/KANDYDATKI**

Doradca zawodowy zaznacza „x” w odpowiednim polu, nadając proponowanej tematyce szkoleń odpowiednią rangę, ważność - zgodnie z zainteresowaniami i potrzebami Kandydata/ Kandydatki.

Doradca zawodowy w każdym wierszu zaznacza „x” tylko raz, przy czym:

1 – oznacza: " temat Kandydata/Kandydatki nie interesuje",

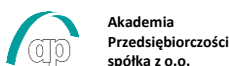
5 – „temat Kandydata/Kandydatkę bardzo interesuje”.

Nr	Proponowana tematyka	Ważność tematyki dla Kandydata/Kandydatki				
		1	2	3	4	5
1.	Przepisy prawne prowadzenia działalności gospodarczej, zakładanie działalności gospodarczej					
2.	Rozliczenia z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, z Urzędem Skarbowym					
3.	Księgowość					
4.	Reklama i inne działania promocyjne					
5.	Źródła finansowania działalności gospodarczej					
6.	Negocjacje biznesowe					
7.	Pozyskanie i obsługa klienta					
8.	Radzenie sobie ze stresem i konfliktem					
9.	Pojęcie i cel biznesplanu, plan przedsięwzięcia					
10.	Analiza marketingowa, charakterystyka rynku i klientów, analiza SWOT, dystrybucja, konkurencja					
11.	Efektywność ekonomiczna, przychody i koszty					

Institucja Pośrednicząca:



Realizator projektu:



Tytuł projektu: „ CZAS NA WŁASNY BIZNES ”

Nr umowy: RPSW.10.04.01-26-0032/21

**WYPEŁNIA DORADCA ZAWODOWY:**

**Kandydat/Kandydatka wymaga przekazania wiedzy w zakresie tematyki ujętej w pkt.:**

.....

.....

Data

.....

Podpis Doradcy zawodowego

**WYPEŁNIA KANDYDAT/KANDYDATKA:**

**1. Czy potrzebuje Pan/Pani alternatywnych form przygotowania materiałów dydaktycznych?**

TAK\*

NIE

*\*Proszę doprecyzować rodzaj dostosowania materiałów (np. wersje dokumentów w druku powiększonym, wersje pisane alfabetem Braille'a)*

.....

.....

**2. Czy potrzebuje Pan/Pani zapewnienia specjalnego cateringu w związku ze stanem zdrowia lub koniecznością stosowania specjalistycznej diety?**

TAK\*

NIE

*\*Proszę doprecyzować rodzaj posiłków i poczęstunku, które należy zapewnić lub rodzaj produktów, które muszą być wyłączone z Pani/Pana diety*

.....

.....

.....

Data

.....

Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki