



Załącznik nr 7 do Regulaminu rekrutacji Uczestników projektu „POMORZE ZACHODNIE – MOJE MIEJSCE NA BIZNES”

FORMULARZ DIAGNOZY POTRZEB SZKOLENIOWYCH

Beneficjent/Partner	
Imię i nazwisko Kandydata/teki	
Numer Formularza rekrutacyjnego	
Imię i nazwisko doradcy zawodowego	

Zakres tematyczny szkoleń	Proponowany zakres godzinowy wsparcia szkoleniowego¹	Zaznaczyć „X” szkolenie w którym Kandydat/-ka weźmie udział
Działalność gospodarcza w kontekście przepisów prawnych	7 godzin	
Księgowość oraz przepisy podatkowe i ZUS	7 godzin	
Reklama i inne działania promocyjne	7 godzin	
Inne źródła finansowania działalności gospodarczej	7 godzin	
Sporządzenie biznesplanu i jego realizacja	7 godzin	
Negocjacje biznesowe	7 godzin	
Pozyskanie i obsługa klienta	7 godzin	
Radzenie sobie ze stresem i konfliktem	7 godzin	
..... (w oparciu o potrzeby szkoleniowe zdiagnozowane przez doradcę zawodowego) Uzasadnienie: godzin	

Przedstawione dokumenty:

- Kopie zaświadczeń / certyfikatów świadczących o uzyskaniu wiedzy z zakresu zakładania i prowadzenia własnej działalności gospodarczej
- Kopie dokumentów z właściwego rejestru / instytucji potwierdzające prowadzenie własnej działalności gospodarczej (dotyczy okresu powyżej 12 miesięcy przed przystąpieniem do projektu, współudział/udział w spółce, współpracę i wiedzę z zakresu prowadzenia firmy.

Uwagi:.....

.....
podpis doradcy zawodowego

¹ W uzasadnionych przypadkach dopuszcza się możliwość zwolnienia uczestnika z udziału w szkoleniach. Całkowite zwolnienie z udziału w szkoleniach możliwe jedynie na uzasadniony wniosek uczestnika i doradcy zawodowego, za zgodą Beneficjenta.