**ZAŁĄCZNIK nr 4b do dokumentu: Regulamin rekrutacji uczestników**

**DIAGNOZA POTRZEB SZKOLENIOWYCH**

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

**DEKLARACJA POUFNOŚCI I BEZSTRONNOŚCI OCENIAJĄCEGO**

Niniejszym oświadczam, że:

* + - nie pozostaję w związku małżeńskim ani w faktycznym pożyciu albo w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia i nie jestem związany/a z tytułu przysposobienia, opieki, kurateli z uczestnikiem ubiegającym się o dofinansowanie. W przypadku stwierdzenia takiej zależności zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Przewodniczącego Komisji Rekrutacyjnej i wycofania się z oceny niniejszego formularza rekrutacyjnego,
    - nie pozostaję z uczestnikiem ubiegającym się o dofinansowanie w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do mojej bezstronności. W przypadku stwierdzenia takiej zależności zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Przewodniczącego Komisji Rekrutacyjnej i wycofania się z oceny tego projektu.

Ponadto oświadczam, że:

* + - zobowiązuję się, że będę wypełniać moje obowiązki w sposób uczciwy i sprawiedliwy, zgodnie z posiadaną wiedzą,
    - zobowiązuję się również nie zatrzymywać kopii jakichkolwiek pisemnych lub elektronicznych informacji,
    - zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy i w zaufaniu wszystkich informacji i dokumentów ujawnionych mi lub wytworzonych przeze mnie lub przygotowanych przeze mnie w trakcie lub jako rezultat oceny i zgadzam się, że informacje te powinny być użyte tylko dla celów niniejszej oceny i nie mogą zostać ujawnione stronom trzecim.

……………….., dnia …..…………………… r.

*............................................................*

*Podpis doradcy*

**Część 1. Zalecenia co do wymiaru czasu szkolenia**

**SZKOLENIE GRUPOWE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zakres tematyczny szkoleń** | **Maksymalna liczba godzin** | **Zalecana liczba godzin** |
| 1. Działalność gospodarcza w kontekście przepisów prawnych | **7** |  |
| 2. Księgowość oraz przepisy podatkowe i ZUS | **7** | . |
| 3. Reklama i inne działalność promocyjna | **7** |  |
| 4. Inne źródła finansowania działalności gospodarczej | **7** |  |
| 5. Sporządzanie biznesplanu i jego realizacja | **7** |  |
| 6. Negocjacje biznesowe | **7** |  |
| 7. Pozyskiwanie i obsługa klienta | **7** |  |
| 8.Radzenie sobie ze stresem i konfliktem | **7** |  |
| **ŁĄCZNA MAKSYMALNA LICZBA GODZIN SZKOLENIA / ŁĄCZNA ZALECANA LICZBA GODZIN SZKOLENIA** | **56** |  |

**SZKOLENIE INDYWIDUALNE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zakres tematyczny szkoleń** | **Maksymalna liczba godzin** | **Zalecana liczba godzin** |
| 1. Szkolenie w zakresie przygotowania biznesplanu | **6** |  |

**DATY REALIZACJI WSPARCIA SZKOLENIOWEGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Szkolenie grupowe** | **Od:** | **Do:** |
| **Szkolenie indywidualne** |  |  |

**MIEJSCE REALIZACJI USŁUGI SZKOLENIOWEJ: …………………………………...**

**Część 2. Całościowe uzasadnienie diagnozy:**

…………………………………. …………………………………….

Data dokonania diagnozy Podpis doradcy