



Imię i nazwisko:

## ANKIETA POTRZEB SZKOLENIOWYCH

Dotyczy uczestnictwa w projekcie nr FEPZ.06.12.IP-01-0012/24

„Zachodniopomorska Akademia Kompetencji Komputerowych – subregion stargardzki”

### 1. OCZEKIWANIA DOTYCZĄCE PROGRAMU KURSU

(1 – mało ważne, 5 bardzo ważne)

Chcę lepiej rozumieć dokumenty, instrukcje,	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Chcę lepiej radzić sobie z obliczeniami (np. rachunki, kalkulacje)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Chcę nauczyć się korzystać z komputera, smartphona i Internetu	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Mam inne oczekiwania – jakie? .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

### 2. OCZEKIWANIA DOTYCZĄCE PROWADZENIA KURSU

Chcę, żeby prowadzący tłumaczyli w prosty sposób i dawali przykłady	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Chcę, żeby było dużo ćwiczeń praktycznych	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Chcę, żeby tempo nauki było dostosowane do uczestników	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

### 3. ORGANIZACJA I WARUNKI PROWADZONEGO KURSU

Organizacja projektu w robocze dni tygodnia (poniedziałek – piątek)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Organizacja projektu w weekend (sobota - niedziela)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Organizacja projektu w miejscu zamieszkania lub w bliższej okolicy	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Częstotliwość szkoleń – jeden raz w tygodniu	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Częstotliwość szkoleń - więcej niż raz w tygodniu	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Zapewnienie materiałów szkoleniowych	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Zapewnienie poczęstunku podczas trwania szkoleń – przerwy kawowe	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Zapewnienie opieki nad osobą zależną	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

### 4. POTRZEBY DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ:

W związku z posiadaną niepełnosprawnością zgłaszam dodatkowe potrzeby?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Jakie? .....		

### 5. INNE OCZEKIWANIA WZGLĘDEM UDZIAŁU W PROJEKCIE:

.....
-------

CZYTELNY PODPIS: