**ZAŁACZNIK nr 4 do Regulaminu Rekrutacji uczestników projektu *„ Dolnośląska Klinika Przedsiębiorczości”***

***Formularz diagnozy potrzeb szkoleniowych.***

*Szanowni Państwo,*

*Zwracamy się z prośbą o wypełnienie poniższej ankiety. Chcielibyśmy poznać Pani/Pana oczekiwania względem uczestnictwa w projekcie**pt. „**Dolnośląska Klinika Przedsiębiorczości”,**w zakresie wsparcia szkoleniowego przed uruchomieniem działalności gospodarczej. Uzyskane odpowiedzi pozwolą nam doskonalić nasze działania i wychodzić naprzeciw potrzebom Uczestniczek/Uczestników, a także oceniać skuteczność naszych działań i ich wpływ na rozwój umiejętności i wiedzy Uczestniczek/Uczestników projektu.*

**I. DOŚWIADCZENIE, UMIEJĘTNOŚCI**

**1. Czy brała Pani/Pan udział w podobnych projektach oferujących pomoc w założeniu własnej działalności gospodarczej?**

 tak, wielokrotnie  tak, jeden raz  nie, nigdy

**2. Czy posiada Pani/Pan doświadczenie w prowadzeniu działalności gospodarczej?**

 tak  nie

**3. Czy brała Pani/Pan kiedykolwiek udział w szkoleniach o tematyce zbliżonej do tematyki szkoleń oferowanych w ramach projektu "*Dolnośląska Klinika Przedsiębiorczości*"?**

*Proszę zaznaczyć w poniższej tabeli.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **SZKOLENIA** | **Tak, kilka razy** | **Tak, jeden raz** | **Nie** |
| 1. | Prawo handlowe i cywilne z zakresu prowadzenia własnej działalności gospodarczej |  |  |  |
| 2. | Prawo pracy i ubezpieczenia społeczne |  |  |  |
| 3. | Księgowość, przepisy podatkowe MŚP |  |  |  |
| 4. | Podstawy marketingu |  |  |  |
| 5. | Negocjacje, radzenie sobie ze stresem i konfliktem |  |  |  |
| 6. | BHP i zrównoważony rozwój w przedsiębiorstwie |  |  |  |
| 7. | Przygotowanie biznesplanu |  |  |  |
| 8. | Inne szkolenia w zakresie prowadzenia własnej firmy, *jakie*? |
|  |

**4. Jak ocenia Pani/Pan swoją wiedzę, umiejętności z zakresu podanego poniżej?**

*Bardzo proszę ocenić w poniższej tabeli w skali od 5 - bardzo dobrze do 1 - bardzo słabo*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **lp.** | **WIEDZA/UMIEJĘTNOŚCI** | OCENIAM |
| 5bardzo dobrze | 4dobrze | 3przeciętnie | 2słabo | 1bardzo słabo |
| 1. | Umiejętności organizacyjne |  |  |  |  |  |
| 2. | Umiejętności komunikacyjne |  |  |  |  |  |
| 3. | Umiejętność samodzielnej pracy (zarządzania własną pracą) |  |  |  |  |  |
| 4. | Znajomość obsługi programów komputerowych wykorzystywanych do prowadzenia własnej firmy |  |  |  |  |  |
| 5. | Znajomość zasad księgowości w przedsiębiorstwie |  |  |  |  |  |
| 6. | Znajomość zagadnień z zakresu ubezpieczeń społecznych |  |  |  |  |  |
| 7. | Umiejętność samodzielnej pracy (zarządzania własną pracą)  |  |  |  |  |  |
| 8. | Znajomość prawa cywilnego, prawa handlowego z zakresu prowadzenia działalności gospodarczej |  |  |  |  |  |
| 9. | Znajomość podstaw marketingu |  |  |  |  |  |
| 10. | Wiedza z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy |  |  |  |  |  |
| 11. | Wiedza z zakresu zrównoważonego rozwoju przedsiębiorstwa  |  |  |  |  |  |
| 12. | Umiejętność przygotowania biznesplanu |  |  |  |  |  |

**III. OCZEKIWANIA**

**1.**  **Jakie zagadnienia dotyczące prowadzenia działalności gospodarczej szczególnie Panią/Pana interesują i chciałaby Pani/chciałby Pan, aby zostały poruszone na szkoleniach?**

*Bardzo proszę wpisać ocenę swoich oczekiwań/potrzeb w odniesieniu do konkretnego tematu szkolenia w skali od 1 do 5 przy założeniu, że 1 oznacza najmniejszą potrzebę rozwojową a 10 najważniejszą.*

|  |  |
| --- | --- |
| **SZKOLENIE** | **OCZEKIWANIA** |
| **5** | **4** | **3** | **2** | **1** |
| Prawo podatkowe i księgowość w przedsiębiorstwie |  |  |  |  |  |
| Prawo handlowe i cywilne z zakresu prowadzenia własnej działalności gospodarczej |  |  |  |  |  |
| Prawo pracy i ubezpieczenia społeczne |  |  |  |  |  |
| Zasady prowadzenia firmy (otoczenie zewnętrzne, segmenty rynku) |  |  |  |  |  |
| Podstawy promocji i marketingu |  |  |  |  |  |
| Pozyskanie i obsługa klienta |  |  |  |  |  |
| Negocjacje, radzenie sobie ze stresem i konfliktem |  |  |  |  |  |
| BHP i zrównoważony rozwój w przedsiębiorstwie |  |  |  |  |  |
| Narzędzia online wspierające biznes |  |  |  |  |  |
| Przygotowanie biznesplanu |  |  |  |  |  |
| Prognoza przychodów oraz Rachunek Zysków i Strat w Przedsiębiorstwie |  |  |  |  |  |

**2. Jakich oczekuje Pani/Pan korzyści z uczestnictwa w projekcie „*Dolnośląska Klinika Przedsiębiorczości*”?**

*Proszę zaznaczyć* ***maksymalnie 5*** *dla Pani/Pana najważniejszych.*

 zdobycie dotacji na uruchomienie firmy

 podniesienie kwalifikacji

 nabycie nowej wiedzy i umiejętności

 zdobycie nowych doświadczeń

 wymiana doświadczeń z uczestnikami projektu

 nawiązanie nowych kontaktów zawodowych

 nawiązanie nowych kontaktów towarzyskich

 podniesienie motywacji do pracy

 podniesienie motywacji do dalszego zdobywania kwalifikacji

 podniesienie wiary we własne możliwości

 inne, *jakie*?

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

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

|  |
| --- |
| **WYNIKI DIAGNOZY POTRZEB SZKOLENIOWYCH** |
| 1. ***SZKOLENIA GRUPOWE:***
 | WSKAZANIE POTRZEB SZKOLENIOWYCHTak/Nie | OKREŚLENIE ZAKRESU SZKOLEŃliczba godzin |
|  | działalność gospodarcza w kontekście przepisów prawa, max 6h |  |  |
|  | księgowość, przepisy podatkowe i ZUS, max 6h |  |  |
|  | BHP i zrównoważony rozwój w przedsiębiorczości, max 6h |  |  |
|  | zasady prowadzenia firmy (otoczenie zewnętrzne, segmenty rynku), max 6h |  |  |
|  | podstawy promocji i marketingu, max 6h |  |  |
|  | pozyskanie i obsługa klienta, max 6h |  |  |
|  | narzędzia online wspierające biznes, max 6h |  |  |
|  | negocjacje, max 3h |  |  |
|  | radzenie sobie ze stresem i konfliktem, max 3h |  |  |
|  | sporządzenie biznesplanu i jego realizacja, max 14h |  |  |
|  | inne źródła finansowania działalności gospodarczej, max 4h. |  |  |
| **ŁĄCZNA LICZBA GODZIN:** |  |
| **DATA REALIZACJI SZKOLEŃ (*od…do…)*:** |  |
| **MIEJSCE REALIZACJI SZKOLEŃ:** |  |
| 1. ***WSPARCIE INDYWIDUALNE:***
 |  |  |
|  | w zakresie pracy z dokumentem, pomocy w technicznym wypełnieniu biznesplanu, średnio 2h. |  |  |
| **ŁĄCZNA LICZBA GODZIN:** |  |
| **DATA REALIZACJI WSPARCIA (*od…do…)*:** |  |
| **MIEJSCE REALIZACJI WSPARCIA:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *…………………………………………………………………………**(MIEJSCE I DATA)* | *…………………………………………………………………………**(podpis Kandydata/Kandydatki)* |
| *…………………………………………………………………………**(MIEJSCE I DATA)* | *…………………………………………………………………………**(podpis Doradcy Zawodowego)* |