

ANKIETA POTRZEB SZKOLENIOWYCH

Imię i nazwisko	
Tytuł projektu	<i>ARTES SERVIUNT VITAE-CERTYFIKOWANE SZKOLENIA IT PODNOSZĄCE KWALIFIKACJE CYFROWE MIESZKAŃCÓW GMINY IŃSKO (SSW)</i>

1. OCZEKIWANIA DOTYCZĄCE PROGRAMU KURSU

(1 – mało ważne, 5 bardzo ważne)

Nauka obsługi komputera do korzystania z usług w życiu prywatnym	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Nauka obsługi komputera do korzystania z usług publicznych	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Nauka obsługi komputera i programów komputerowych wykorzystywanych w pracy zawodowej	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Zwiększenie świadomości i wiedzy nt. zachowania bezpieczeństwa poruszania się w Internecie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Uzyskanie certyfikatu potwierdzającego nabyte kompetencje	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

(1 – mało ważne, 5 bardzo ważne)

Stosowanie przez Trenerów przykładów wyjaśniających temat	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Otwartość na dyskusje i pytania uczestników	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

3. ORGANIZACJA I WARUNKI PROWADZONEGO KURSU

Oczekuję organizacji kursu w robocze dni tygodnia	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Oczekuję organizacji kursu w weekend (sobota - niedziela)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Oczekuję organizacji kursu w miejscu zamieszkania lub w bliższej okolicy	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Optymalna dla mnie częstotliwość kursu to zajęcia raz w tygodniu	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Optymalna dla mnie częstotliwość kursu to zajęcia kilka razy w tygodniu	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Oczekuję zapewnienia przez organizatora materiałów szkoleniowych	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Oczekuję zapewnienia przez organizatora poczęstunku podczas trwania kursu	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

4. INNE OCZEKIWANIA WZGLĘDEM ZAJĘĆ:

.....

BIURO PROJEKTÓW

70-387 Szczecin
ul. Tarczyńskiego 4/2
tel. 603 111 900
e-mail: biuro@cusd.pl

SIEDZIBA FIRMY

72-200 Nowogard
ul. Traugutta 7
NIP: 8561243655
REGON: 811691798

www.cusd.pl

NUMER KONTA: 13 1940 1076 3002 8917 0000 0000