

**ZAŁĄCZNIK nr 6 do dokumentu: Regulamin rekrutacji uczestników projektu**

Formularz diagnozy potrzeb szkoleniowych

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr identyfikacyjny (tożsamy z numerem nadanym na formularzu rekrutacyjnym)** |  |
| **Imię i Nazwisko Kandydata/ki:** |  |
| **Imię i Nazwisko Doradcy zawodowego:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zakres tematyczny** | **Ilość godzin**  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Łączna ilość godzin |  |
| **Szkolenie grupowe**  | **🞏 TAK / 🞏 NIE** |

Uwagi:

……………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………

……………………………… ……………………………….

Podpis doradcy zawodowego Podpis Kandydata/ki