



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Pomorze Zachodnie

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



ANALIZA POTRZEB SZKOLENIOWYCH

Imię i nazwisko	
Tytuł projektu	Certyfikowane kursy komputerowe dla osób w wieku 50+

1. OCZEKIWANIA DOTYCZĄCE PROGRAMU ZAJĘĆ

(gdzie 1 – mało ważne, 5 bardzo ważne)

Zastosowanie komputera w życiu prywatnym	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Wykorzystanie 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"/>
Poruszanie się po Internecie (komunikacja, wyszukiwanie danych, ich przechowywanie, itd.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Tworzenie treści, edytowanie (tabela, obraz, tekst itd.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ochrona przed zagrożeniami wynikającymi z korzystania z TIK (zdrowie, ochrona środowiska)	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 ZAJĘĆ

(gdzie 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 PROWADZONYCH ZAJĘĆ

Organizacja zajęć w dni tygodnia	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Organizacja zajęć w weekend (sobota-niedziela)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Organizacja zajęć w miejscu zamieszkania lub na obszarze gminy	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Częstotliwość zajęć – raz na tydzień	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Częstotliwość zajęć – kilka razy w tygodniu	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Uzyskania materiałów obrazujących treści prezentowane podczas szkolenia	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Zapewnienie poczęstunku podczas zajęć	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

4. INNE OCZEKIWANIA WZGLĘDEM ZAJĘĆ::

.....
