Załącznik nr 3

**Formularz diagnozy potrzeb szkoleniowo-doradczych**

|  |  |
| --- | --- |
|  | „Postaw na swoje! Wsparcie dla osób chcących założyć własną działalność gospodarczą” |
|  | Nr projektu POWR.01.02.01-24-0337/15 |
|  | Priorytet I. Osoby młode na rynku pracy |
|  | Działanie 1.2. Wsparcie osób młodych pozostających bez pracy na regionalnym rynku pracy |
|  | Poddziałanie 1.2.1. Wsparcie udzielane z Europejskiego Funduszu Społecznego |

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko Kandydata do projektu** |  |
| **Numer identyfikacyjny** |  |

Rekomenduję Udział Uczestnika Projektu w usłudze szkoleniowo-doradczej na poziomie:

* **podstawowym** – dla osób, które nie posiadają żadnej wiedzy z zakresu prowadzenia firmy (szkolenia w wymiarze 45 godzin z zakresu zakładania i prowadzenia firmy + 10 godzin indywidualnych usług doradczych);
* **średniozaawansowanym** – dla osób, które posiadają wiedzę ogólną, teoretyczną z zakresu prowadzenia firmy (szkolenia w wymiarze 24 godzin z zakresu zakładania i prowadzenia firmy + 6 godzin indywidualnych usług doradczych);
* **zaawansowanym** – dla osób, które posiadają praktyczne doświadczenie w prowadzeniu firmy
i wiedzę z zakresu przedsiębiorczości:
* prowadziły własną działalność gospodarczą i/lub,
* były wspólnikami/udziałowcami w dowolnej spółce i/lub,
* były osobami współpracującymi1 i posiadają wiedzę z zakresu prowadzenia firmy (6 godzin indywidualnych usług doradczych).

Przedstawione dokumenty:

* + Kopie zaświadczeń/certyfikatów o odbyciu szkoleń z zakresu zakładania i prowadzenia własnej działalności gospodarczej,
	+ Kopie dokumentów z właściwego rejestru/instytucji potwierdzające prowadzenie własnej działalności gospodarczej (dotyczy okresu powyżej 12 miesięcy przed przystąpieniem do projektu), współudział/udział w spółce, współpracę i wiedzę z zakresu prowadzenia firmy.

Uzasadnienie:

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

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

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

……………………………………………………………………….

Data i czytelny podpis Doradcy zawodowego