

ANALIZA POTRZEB SZKOLENIOWYCH

Imię i nazwisko	
Tytuł projektu	Certyfikowane kursy komputerowe dla mieszkańców województwa mazowieckiego

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 – co tydzień	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Częstotliwość zajęć – co 2 tygodnie	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"/>
Zwrot kosztów dojazdu na zajęcia	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

4. INNE OCZEKIWANIA:

.....
