

Załącznik nr 1
do Umowy o udzielenie wsparcia szkoleniowo-doradczego

**Diagnoza potrzeb szkoleniowo - doradczych Uczestnika projektu
„Dobry Czas Na Biznes – ST”**

| | |
|--|--|
| Imię i Nazwisko Uczestnika Projektu | |
| Doradca Zawodowy [imię i nazwisko] | |
| Doradca Biznesowy [imię i nazwisko] | |

Indywidualny Plan Szkoleniowy (rekomenduje się udział Uczestnika projektu w następujących szkoleniach grupowych i w wymiarze godzinowym – godziny lekcyjne):

| Nazwa pakietu szkoleniowego | Rekomendacja [tak / nie] | L. godz. | Data i miejsce realizacji |
|--|-----------------------------|-------------|---------------------------|
| a) pakiet szkoleń aktualizujące wiedzę | | 8 h | |
| b) środowisko pracy – BHP, wymagania sanitarne | | 4 h | |
| c) prawa konsumenta | | 4 h | |
| d) e-commerce | | 4 h | |
| e) prawa autorskie, ochrona danych osobowych | | 4 h | |
| f) zasady obrotu międzynarodowego | | 4 h | |
| g) procedury zakładania i prowadzenia zawodów reglamentowanych | | 4 h | |
| Łącznie godzin szkoleniowych (max 24 h) | | | |

Doradztwo Indywidualne (rekomenduje się skorzystanie Uczestnika z następującego zakresu usługi doradztwa indywidualnego i w wymiarze godzinowym – godziny lekcyjne)

| Zakres tematyczny doradztwa | Data i miejsce realizacji | L. godz. |
|---|---------------------------|----------|
| 1. Wsparcie przy opracowaniu biznes planu. | | |
| 2. Temat 2.... | | |
| 3. Temat N... | | |
| Łącznie godzin doradczych (max 10 h) | | |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Uwagi: | |
| Data diagnozy | |
| Doradca Zawodowy podpis | |
| Doradca Biznesowy podpis | |