



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	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE

Uwagi:

.....
.....

.....
Podpis doradcy zawodowego

.....
Podpis Kandydata/ki