**WZÓR**

**ANKIETA DIAGNOSTYCZNA W ZAKRESIE POTRZEB EDUKACYJNYCH**

**MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO**

data badania ………………..

Szanowni Państwo jesteśmy organizacją pozarządową, która …………………………….…………………………… Zwracamy się z prośbą o wypełnienie poniższej ankiety, która pozwoli nam poznać Państwa potrzeby   
w zakresie szkoleń.

**WYPEŁNIENIE ANKIETY NIE JEST RÓWNOZNACZNE Z WZIĘCIEM UDZIAŁU W WYBRANYCH FORMACH KSZTAŁCENIA !**

*Podkreśl i uzupełnij odpowiedzi:*

**I METRYCZKA:**

1. Wykształcenie:

* podstawowe
* gimnazjalne
* zawodowe
* średnie
* wyższe

1. Miejsce zamieszkania (województwo opolskie: powiat i gmina): ……………………………………………………..
2. Status na rynku pracy ………………………………………………………………………………………………………………………

**II MOTYWACJE DO PODJĘCIA KSZTAŁCENIA. POTRZEBY EDUKACYJNE**

1. Formy kształcenia:
2. **preferowana tematyka form kształcenia, np.: szkoleń/kursów/itp.:**

- ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

- ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

- …………………………………………………………………………………………………………………………………………….……

- …………………………………………………………………………………………………………………………………………….……

1. **preferowane kierunki studiów podyplomowych:**

- …………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

- …………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

- ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

- ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **preferowane terminy form kształcenia, np.: szkoleń/kursów/itp.:**

* w tygodniu w godzinach 8-16
* w tygodniu w godzinach popołudniowych
* w weekend

1. **preferowana forma** **np.: szkoleń/kursów/itp.:** :

* stacjonarna
* On – Line
* hybrydowa
* nie ma znaczenia

1. **określ wykorzystanie zdobytej wiedzę i umiejętności (zawodowych/społecznych):**

- ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

- ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

- …………………………………………………………………………………………………………………………………………….……

- …………………………………………………………………………………………………………………………………………….……

1. **Zakres udogodnień mając na uwadze szczególne swoje potrzeby, zgodnie z ustawą o zapewnieniu dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami:**

- nie dotyczą

- tak, jakie?) ………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………