

Formularz konsultacji z zainteresowanymi środowiskami

przeprowadzonej na podstawie art. 19 ust. 1 ustawy o ZSK

| | |
|----------------------------------|--|
| Nazwa kwalifikacji | „Diagnozowanie preferencji zawodowych z wykorzystaniem testów psychologicznych na rzecz wyboru lub zmiany ścieżki zawodowej” |
| Podmiot zgłaszający uwagi | |
| E-mail | |
| Telefon | |

Uwagi do wybranych pól wniosku

| Lp. | Wybrane pole wniosku | Uwaga | Uzasadnienie |
|-----|---|-------|--------------|
| 1. | Nazwa kwalifikacji: „Diagnozowanie preferencji zawodowych z wykorzystaniem testów psychologicznych na rzecz wyboru lub zmiany ścieżki zawodowej” | | |
| 2. | Grupy osób, które mogą być zainteresowane uzyskaniem kwalifikacji | | |
| 3. | Wymagane kwalifikacje poprzedzające | | |
| 4. | W razie potrzeby warunki, jakie musi spełniać osoba przystępująca do walidacji | | |
| 5. | Zapotrzebowanie na kwalifikację | | |

| | | | |
|-------------------------------|---|--|--|
| | | | |
| 6. | Odniesienie do kwalifikacji o zbliżonym charakterze oraz wskazanie kwalifikacji ujętych w ZRK zawierających wspólne zestawy efektów uczenia się | | |
| 7. | Typowe możliwości wykorzystania kwalifikacji | | |
| 8. | Wymagania dotyczące walidacji i podmiotów przeprowadzających walidację | | |
| 9. | Opis efektów uczenia się obejmujący syntetyczną charakterystykę efektów uczenia się, zestawy efektów uczenia się, poszczególne efekty uczenia się w zestawach wraz z kryteriami weryfikacji ich osiągnięcia | | |
| Inne uwagi szczegółowe | | | |
| | | | |

Ogólne uwagi na temat kwalifikacji

| |
|--|
| |
|--|

Informacja nt. zainteresowania zdobyciem kwalifikacji

Czy pracodawcy/ przedsiębiorcy/ osoby indywidualne byłiby skłonni przeznaczyć środki finansowe z budżetu własnej organizacji/ własne środki na zdobycie tej kwalifikacji (dotyczy organizacji parasolowych)

TAK

NIE

Podsumowanie uwag

| | |
|--|--|
| Dalsza praca nad kwalifikacją jest uzasadniona – głos aprobujący <input type="checkbox"/> | |
| Dalsza praca nad kwalifikacją jest nieuzasadniona – głos negujący <input type="checkbox"/> | |
| Data | |
| Podpis osoby reprezentującej podmiot zgłaszający uwagi | |

Prosimy o przesłanie wypełnionego formularza do dnia **10 czerwca 2019 r.** na adres mailowy: sekretariat.drp@mrpips.gov.pl