

# CHECK-LIST



## LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES FORMATIVAS

### NOTA:

Para o bom sucesso deste programa de levantamento, é determinante que esta **check-list** seja aplicada de forma mais transversal possível, ao maior número possível de **colaboradores** da empresa.

# CHECK-LIST

1

Qual/quais a(s) língua(s) que pretende aprender/melhorar?

.....

2

Qual o período que prefere para as sessões síncronas de formação? (várias opções possíveis)

Manhã

Início da Manhã

Final da Manhã

Tarde

Início da Tarde

Final da Tarde

Outro:

.....

3

Que modalidade(s) prefere? (várias opções possíveis)

Sessão Individual

Grupo Pequeno

Presencial

Online

Síncrono (em tempo real)

Síncrono (em tempo real)

Híbrido (síncrono + assíncrono)

4

Objetivos específicos: quais as competências linguísticas mais relevantes a priorizar?

Compreensão Oral  
(do que é ouvido)

Compreensão Escrita  
(do que é lido)

Produção Oral  
(falar)

Produção Escrita  
(escrever)

5

Quais as temáticas a abordar (língua aplicada; ex.: emailing, conversação telefónica, participação em reuniões, redação de relatórios, etc.)?

.....

6

Que espera do/a formador(a)?  
(Perfil do formador: nativo ou quase nativo, dinâmica formativa, etc.)

.....

g  
u  
r  
r  
e  
e  
L  
J  
p  
i  
i  
B  
u  
e  
W

Precisa de ajuda na aplicação da **CHECK-LIST**?

Precisa de esclarecer algumas dúvidas?

—  
Contacte-nos através do seguinte **LINK**:

**CONTACTOS ELEVA**

# CHECK-LIST

LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES FORMATIVAS

