

ORIENTAÇÃO E APOIO FAMILIAR**LEVANTAMENTO DE INTERESSES PARA FORMAÇÃO****1. Dados Pessoais**

Nome: _____ Idade: ____

Morada: _____

Email: _____ Contacto telefónico: _____

Habilitações literárias:

- 1º Ciclo, 2º Ciclo ou 3º Ciclo
- Ensino Secundário
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

É familiar ou cuidador de uma pessoa com Perturbação do Neurodesenvolvimento?

- Sim
- Não

Caso tenha respondido sim, qual o grau de parentesco? _____

Caso tenha respondido sim, qual o diagnóstico clínico do seu familiar? _____

2. Participação em Ações de Formação**a.** Já frequentou ações de formação no âmbito das Perturbações do Neurodesenvolvimento?

- Sim
- Não

	InAutism – Fostering Adult Integration	MOD: 018/00
---	--	-------------

b. Já frequentou ações de formação no âmbito da Perturbação do Espectro do Autismo?

Sim

Não

c. Se respondeu SIM, costuma frequentar formações com que frequência?

Menos de uma vez por ano

Uma vez por ano

Mais de uma vez por ano

d. Se respondeu SIM, que formações frequentou:

3. Levantamento de necessidades e Interesses de Formação

a. Preferência relativamente à organização da formação

Horário	Frequência	Calendarização	Método de formação	Carga horária
<input type="checkbox"/> Laboral (manhã) <input type="checkbox"/> Laboral (tarde) <input type="checkbox"/> Laboral (todo o dia) <input type="checkbox"/> Pós-laboral <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Sem preferência	<input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> Uma vez por semana <input type="checkbox"/> Quinzenalmente <input type="checkbox"/> Uma vez por mês <input type="checkbox"/> Sem preferência	<input type="checkbox"/> 1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4º Trimestre <input type="checkbox"/> Sem preferência	<input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> E-learning <input type="checkbox"/> Presencial e E-learning <input type="checkbox"/> Sem preferência	<input type="checkbox"/> Menos de 10 horas <input type="checkbox"/> De 10 a 30 horas <input type="checkbox"/> De 30 a 50 horas <input type="checkbox"/> Mais de 50 horas



b. Necessidades de formação

Porque decidiu procurar formação no âmbito das Perturbações do Neurodesenvolvimento?

Quais as maiores dificuldades que sente no seu dia-a-dia relativamente ao apoio e interação com o seu familiar com uma Perturbação do Neurodesenvolvimento?

c. Preferência relativamente às áreas de formação

- Perturbação do Espectro do Autismo
- Promoção de Autonomia nas Atividades de Vida Diária
- Comunicação
- Atividades em família
- Outras, quais: _____

OBRIGADA POR COLABORAR CONNOSCO!