



PROGRAMA: ESCUELA DE EMPRENDIMIENTO FEMENINO

Nombre:.....DNI:.....
 1º Apellido:.....2º Apellido:.....
 Dirección:.....CP:.....
 Localidad:.....Municipio:.....
 Edad:..... años Estado civil:.....Situación laboral:.....
 Teléfono:.....Móvil:.....
 Mail:.....Facebook:.....
 Twitter:.....web:.....
Cargas familiares: SI NO (Tacha lo que no corresponda)

Tipo	Edades	Discapacidad	Lugar de trabajo	Estudios
Sin estudios	Si/No			
Educación Primaria				
Educación Secundaria (1ª etapa)				
Educación Secundaria (2ª etapa)				
Educación superior				
Cursos Emprendimiento				
Curso Informática				
Formación en Igualdad				

Señala lo que corresponda:

¿Por qué has decidió hacer este curso?:.....

¿A través de que medio te ha llegado la información sobre este programa?.....

¿Cuál es el motivo/s por el que has decidido emprender?

¿Cuál es tu idea de negocio?.....

¿En qué fase está tu emprender?.....

Imprescindible enviar el cuestionario relleno al mail gloria@creacionafcg.com y especificar en el asunto: ESCUELA DE EMPRENDIMIENTO FEMENINO+ Nombre y Apellidos.
 Una vez recibido se le responderá con la fecha y hora de su entrevista presencial.



.....
En tu entorno familiar, ¿hay algún/a emprendedor/a? ¿que tipo de negocio tiene?.....

.....
Si no tuviera esta idea de negocio, ¿emprenderías otro negocio? ¿cual?.....

.....
¿Cuál ha sido tu última profesión?.....

.....

.....

.....

Imprescindible enviar el cuestionario relleno al mail gloria@creacionafcg.com y especificar en el asunto: ESCUELA DE EMPRENDIMIENTO FEMENINO+ Nombre y Apellidos.
Una vez recibido se le responderá con la fecha y hora de su entrevista presencial.