

Kompetensbehov Företag

Löp nr: _____

Organisations nr: _____

Företagsnamn: _____




Ansvarig namn: _____

Adress: _____

e-post: _____

Tel nr: _____ Mobil nr: _____

Antal anställda: _____ Varav kvinnor: _____

Företagets nuvarande verksamhet Nya arbetsuppgifter eller utmaningar Förutsättningar för att lyckas Aktiviteter att genomföra 