|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dispositivo |  | Como se sente a utilizá-lo? | | | |  | Gostaria de aprender mais sobre como usá-lo? | |
| Tenho demasiado medo para experimentar | Já experimentei e achei difícil | Já experimentei e tenho dificuldades em algumas coisas | Já experimentei e não sinto dificuldades | Sim | Não |
| Telemóvel |  |  |  |  |  |  |
| Telemóvel smartphone |  |  |  |  |  |  |
| Computador ou Portátil |  |  |  |  |  |  |
| Tablet |  |  |  |  |  |  |
| Leitor MP3 ou iPod |  |  |  |  |  |  |

