

/pieczęta instytucji szkoleniowej/

PROGRAM SZKOLENIA

Nazwa instytucji szkoleniowej		
Województwo	Miasto	Kod pocztowy
Ulica		Nr telefonu
Nr faxu		E-mail
Miejsce- adres prowadzenia szkolenia teoretycznego		Miejsce- adres prowadzenia szkolenia praktycznego
Nazwa i zakres szkolenia		
Czas trwania szkolenia i sposób organizacji szkolenia		
Ilość godzin szkoleniowych		
a) w godzinach ogółem....., w tym zajęcia teoretyczne....., zajęcia praktyczne.....		
b) w tygodniach.....,		
c) częstotliwości zajęć: razy w tygodniu po..... godzin dziennie.		
Liczba osób w grupie		
a) zajęcia teoretyczne:,		
b) zajęcia praktyczne:,		
liczba osób pracujących przy jednym stanowisku podczas zajęć praktycznych:		
Materiały dydaktyczne i sprzęt wykorzystywany podczas zajęć:		
Materiały dydaktyczne, jakie uczestnicy szkolenia otrzymują na własność:		
Wykaz literatury:		
Wymagania wstępne dla uczestników szkolenia		
Najniższe wymagane wykształcenie		
1- szkoła podstawowa <input type="checkbox"/> 2- zasadnicza szkoła zawodowa <input type="checkbox"/> 3- szkoła średnia <input type="checkbox"/>		
4- szkoła wyższa <input type="checkbox"/> 5- inne (jakie) <input type="checkbox"/>		
Obowiązkowe badania lekarskie (proszę określić jakie).....		
Cele szkolenia		

Plan nauczania			
Temat zajęć edukacyjnych	Treść szkolenia w ramach poszczególnych zajęć edukacyjnych	Ilość godzin teoretycznych	Ilość godzin praktycznych
Nabyte kwalifikacje/rodzaj uprawnień/ typ dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia:			
Sposób sprawdzenia efektów szkolenia			
1 - praca końcowa	<input type="checkbox"/>	4 - zaliczanie całego programu	<input type="checkbox"/>
2 - egzamin	<input type="checkbox"/>	5 - frekwencja na zajęciach	<input type="checkbox"/>
3 - aktywność	<input type="checkbox"/>	6 - inne (jakie).....	

.....
(data)

.....
(podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy)