



PROGRAM SZKOLENIA

| | | |
|---|--------|--------------------------------------|
| Nazwa instytucji szkoleniowej | | |
| Osoba reprezentująca firmę | | |
| województwo | miasto | kod pocztowy |
| ulica | | Nr telefonu / nr fax. |
| Miejsce – adres szkolenia | | Miejsce adres szkolenia praktycznego |
| Nazwa i zakres szkolenia | | |
| Czas trwania szkolenia (nie mniej niż 25 godzin zegarowych w tygodniu) i sposób organizacji szkolenia. | | |
| Ilość godzin szkolenia: | | |
| - Godzin praktycznych: | | |
| - Godzin teoretycznych: | | |
| Godziny w rozbiciu na poszczególne miesiące kalendarzowe: | | |
| -h | | |
| -h | | |
| -h | | |
| Koszt osobo godziny: | | |
| Cena za uczestnika szkoleni: | | |
| Całkowity koszt szkolenia za grupę: | | |
| Materiały dydaktyczne jakie uczestnicy szkolenia otrzymają na własność: | | |
| | | |
| Wykaz literatury: | | |
| Kwalifikacje kadry dydaktycznej: | | |
| Wymagania wstępne dla uczestników szkolenia: | | |
| Rodzaj niezbędnych badań lekarskich stwierdzających zdolność kandydata do uczestnictwa w szkoleniu | | |
| | | |



| Cele szkolenia | | | |
|---|--|-----------------------------|---------------------------|
| Plan nauczania | | | |
| Temat zajęć edukacyjnych | Treść szkolenia w ramach poszczególnych zajęć edukacyjnych | Ilości godzin teoretycznych | Ilość godzin praktycznych |
| | | | |
| Nabyte kwalifikacje / rodzaj uprawnień/typ dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia: | | | |
| | | | |
| Sposób sprawdzanie efektów szkolenia: | | | |
| - praca końcowa* | | | |
| - egzamin* | | | |
| - zaliczenie całego programu* | | | |
| - aktywność* | | | |
| - frekwencja na zajęciach* | | | |
| - inne (jakie) | | | |
| *zaznaczyć właściwą | | | |

.....

(podpis i pieczęć kierownika szkolenia bądź osoby uprawnionej)