



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)