



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)



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



P O W I A T O W Y U R Z Ą D P R A C Y W O P O L U

Projekt pn. „BUDUJEMY SWOJĄ PRZYSZŁOŚĆ”
współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego