**zał. nr 11 do SIWZ**

**P R OG R A M S Z K O L E N I A**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 )