



## 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 )