**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………………….….. - …………………….hKoszt 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 )