



Projekt „Wejść na rynek z perspektywą”  
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik Nr 6

## PROGRAM SZKOLENIA

Nazwa Instytucji szkoleniowej:		
Województwo:	Miasto	Kod pocztowy
Ulica:		Nr telefonu:
Numer fax.:		E-mail:
Miejsce - adres szkolenia:		Miejsce adres prowadzenia szkolenia praktycznego:
<b>Nazwa i zakres szkolenia:</b>		
<p><b>Imię i nazwisko</b> (prezesa, dyrektora, kierownika, osoby upoważnionej do podpisania umowy szkoleniowej. W przypadku reprezentowania Instytucji Szkoleniowej przez osobę upoważnioną proszę dołączyć pełnomocnictwo do zawierania i podpisywania umów szkoleniowych):</p>		
<b>Imię i nazwisko osoby, z którą należy się kontaktować w sprawie organizacji szkolenia:</b>		
<b>Podstawa prawna działalności szkoleniowej</b> (Proszę załączyć kserokopie uprawnień do prowadzenia szkoleń)		
1. Akredytacja Kuratora Oświaty <input type="checkbox"/>	2. Wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych <input type="checkbox"/>	
3. Posiadane certyfikaty jakości usług <input type="checkbox"/>	4. Inne zezwolenia .....	<input type="checkbox"/>
<b>Możliwość nauki dla niepełnosprawnych:</b>		
1. Z niedorozwojem umysłu małego stopnia <input type="checkbox"/>	2. Chorobą psychiczną w okresie remisji <input type="checkbox"/>	3. Głuchoniemych <input type="checkbox"/>
4. Niesłyszących <input type="checkbox"/>	5. Niedosłyszących <input type="checkbox"/>	6. Niewidomych <input type="checkbox"/>
7. Niedowidzących <input type="checkbox"/>	8. Z dysfunkcją kończyn górnych <input type="checkbox"/>	9. Z dysfunkcją kończyn dolnych <input type="checkbox"/>
10. Poruszających się na wózkach inwalidzkich <input type="checkbox"/>	Inne..... <input type="checkbox"/>	Inne..... <input type="checkbox"/>
<b>Baza lokalowa/forma własności/adres</b> .....		
<b>Czas trwania szkolenia i sposób organizacji szkolenia:</b>		
Ilość godzin szkoleniowych (lekcyjnych/zegarowych)		
a) w godzinach ogółem =                      w tym zajęcia teoretyczne =                      zajęcia praktyczne =		
b) częstotliwość zajęć: ..... razy w tygodniu po ..... godzin dziennie		
<b>Liczba osób w grupie:</b>		
a) zajęcia teoretyczne =		
b) zajęcia praktyczne =		
c) liczba osób pracujących przy jednym stanowisku podczas zajęć praktycznych =		
<b>Materiały dydaktyczne i sprzęt wykorzystywany podczas zajęć:</b>		
a)		
b)		
c)		

**Materiały dydaktyczne jakie uczestnicy szkolenia otrzymują na własność:**

- a)
- b)

**Wykaz literatury wykorzystywanej podczas zajęć:**

**Wymagania wstępne dla uczestników szkolenia:**

- 1 - szkoła podstawowa                                            3 - szkoła średnia                                            5 - inne (jakie)                        
2 - zasadnicza szkoła zawodowa                                            4 - szkoła wyższa

Umiejętności wymagane od kandydata:

Rodzaj niezbędnych badań lekarskich stwierdzających zdolność kandydata do podjęcia szkolenia lub nauki zawodu:

**Cele szkolenia:**

**Plan nauczania**

Temat zajęć edukacyjnych:	Treść szkolenia w ramach poszczególnych zajęć edukacyjnych	Ilość godzin teoretycznych	Ilość godzin praktycznych
1.	- -		
2.	- -		
3.	- -		
<b>SUMA</b>			
<b>RAZEM ILOŚĆ GODZIN SZKOLENIA =</b>			

<b>Nabyte kwalifikacje / rodzaj uprawnień / typ dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia:</b>	
<b>Sposób sprawdzania efektów szkolenia:</b>	
1 - praca końcowa <input type="checkbox"/>	4 - aktywność <input type="checkbox"/>
2 - egzamin <input type="checkbox"/>	5 - frekwencja na zajęciach <input type="checkbox"/>
3 - zaliczenie całego programu <input type="checkbox"/>	6 - inne (jakie) <input type="checkbox"/>
<b>Przewidziane sprawdziany i egzaminy ( w tym wewnętrzne i zewnętrzne. W przypadku egzaminu zewnętrznego-państwowego proszę podać czy egzamin odbywa się w okresie trwania szkolenia) :</b>	

.....  
 Imię i nazwisko osoby  
 wypełniającej formularz

.....  
 numer telefonu

.....  
 data i podpis