



Projekt „Nie bądź bierny – wejdź na rynek pracy”
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:
Nazwa i zakres szkolenia:		
<p>Imię i nazwisko (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>		
<p>Imię i nazwisko osoby, z którą należy się kontaktować w sprawie organizacji szkolenia:</p>		
<p>Podstawa prawna działalności szkoleniowej (Proszę załączyć kserokopie uprawnień do prowadzenia szkoleń)</p>		
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"/>	
Możliwość nauki dla niepełnosprawnych:		
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"/>
<p>Baza lokalowa/forma własności/adres.....</p>		
<p>Czas trwania szkolenia i sposób organizacji szkolenia:</p> <p>Ilość godzin szkoleniowych (lekcyjnych/zegarowych)</p> <p>a) w godzinach ogółem = w tym zajęcia teoretyczne = zajęcia praktyczne =</p> <p>b) częstotliwość zajęć: razy w tygodniu po godzin dziennie</p> <p>Liczba osób w grupie:</p> <p>a) zajęcia teoretyczne =</p> <p>b) zajęcia praktyczne =</p> <p>c) liczba osób pracujących przy jednym stanowisku podczas zajęć praktycznych =</p> <p>Materiały dydaktyczne i sprzęt wykorzystywany podczas zajęć:</p> <p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p>		

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:
1. zaświadczenie lekarskie odnośnie braku

Cele szkolenia:

Plan nauczania

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

Nabyte kwalifikacje / rodzaj uprawnień / typ dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia:	
Sposób sprawdzania efektów szkolenia:	
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"/>
Przewidziane sprawdziany i egzaminy (w tym wewnętrzne i zewnętrzne. W przypadku egzaminu zewnętrznego-państwowego proszę podać czy egzamin odbywa się w okresie trwania szkolenia) :	

.....
 Imię i nazwisko osoby
 wypełniającej formularz

.....
 numer telefonu

.....
 data i podpis