



Projekt „Twoja ścieżka do zatrudnienia”
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:		
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):		
Imię i nazwisko osoby, z którą należy się kontaktować w sprawie organizacji szkolenia:		
Podstawa prawna działalności szkoleniowej (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"/>	
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. Nieśłyszących <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"/>
Baza lokalowa/forma własności/adres		
Czas trwania szkolenia i sposób organizacji szkolenia:		
Ilość godzin szkoleniowych (lekcyjnych/zegarowych)		
a) w godzinach ogółem = w tym zajęcia teoretyczne = zajęcia praktyczne =		
b) częstotliwość zajęć: razy w tygodniu po godzin dziennie		
Liczba osób w grupie:		
a) zajęcia teoretyczne =		
b) zajęcia praktyczne =		
c) liczba osób pracujących przy jednym stanowisku podczas zajęć praktycznych =		

Materiały dydaktyczne i sprzęt wykorzystywany podczas zajęć:

- 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.	- -		

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