

Załącznik 5**PROGRAM SZKOLENIA**

Nazwa Instytucji szkoleniowej lub osoby prowadzącej szkolenie:		
Województwo:	Miasto	Kod pocztowy
Ulica:		Nr telefonu:
Numer fax.:		E-mail:
Miejsce - adres szkolenia:		Miejsce adres prowadzenia szkolenia praktycznego:
Nazwa i zakres szkolenia:		
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: Liczba osób w grupie: 10 Materiały dydaktyczne i sprzęt wykorzystywany podczas zajęć: Materiały dydaktyczne jakie uczestnicy szkolenia otrzymują na własność: Wykaz literatury wykorzystywanej podczas zajęć:		
Wymagania wstępne dla uczestników szkolenia: 1 - szkoła podstawowa 3 - szkoła średnia <input type="checkbox"/> 5 - inne (jakie) <input type="checkbox"/> 2 - zasadnicza szkoła zawodowa <input type="checkbox"/> 4 - szkoła wyższa <input type="checkbox"/> Umiejętności wymagane od kandydata:		
Cele szkolenia:		
Plan nauczania		
Temat i treść zajęć edukacyjnych:	Ilość godzin teoretycznych	Ilość godzin praktycznych

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"/>	