

Załącznik nr 2

/PIĘCZĄTKA INSTYTUCJI SZKOLENIOWEJ/

| PROGRAM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO W FORMIE POZASZKOLNEJ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|
| NAZWA INSTYTUCJI SZKOLENIOWEJ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| WOJEWÓDZTWO | | | | | | | | | | MIASTO | | | | | KOD POCZTOWY | | | | |
| ULICA | | | | | | | | | | NUMER TELEFONU | | | | | | | | | |
| NUMER FAX. | | | | | | | | | | ADRES E- MAIL | | | | | | | | | |
| NUMER IDENTYFIKACJI PODATKOWEJ | | | | | | | | | | NUMER REGON | | | | | | | | | |
| NR WPISU DO KRAJOWEGO REJESTRU SĄDOWEGO | | | | | | | | | | <p>Oświadczam – oświadczamy *, że posiadamy aktualny na 2014 r. wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych prowadzonego przez Wojewódzki Urząd Pracy.</p> <p>Miejscowość, data:</p> <p>..... (podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń w imieniu Oferenta)</p> <p>* niepotrzebne wykreślić</p> | | | | | | | | | |
| DANE DO WYKONANIA PŁATNOŚCI ZA REALIZACJĘ USŁUGI KSZTAŁCENIA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NUMER RACHUNKU BANKOWEGO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NAZWA BANKU: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NAZWA I RODZAJ FORMY KSZTAŁCENIA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| USŁUGA KSZTAŁCENIA W FORMIE SZKOLENIA GRUPOWEGO PN. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ZAKRES TEMATYCZNY SZKOLENIA GRUPOWEGO –TEMAT SZKOLENIA GRUPOWEGO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MIEJSCE – ADRES REALIZACJI KSZTAŁCENIA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zajęcia teoretyczne:..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Zajęcia praktyczne:.....

Egzamin zewnętrzny przeprowadzany przez Komisję Kwalifikacyjną powołaną przez organ właściwej jednostki dozoru technicznego.....

CZAS TRWANIA I SPOSÓB ORGANIZACJI KSZTAŁCENIA

Liczba godzin zegarowych kształcenia:

a) w godzinach ogółem, w tym zajęcia teoretyczne, zajęcia praktyczne, egzamin końcowy...../egzamin zewnętrzny.....*

* **właściwe uzupełnić - egzamin końcowy** - przeprowadzany przez instytucję szkoleniową, która realizuje szkolenie, **egzamin zewnętrzny** - przeprowadzany przez instytucję zewnętrzną

Sposób organizacji zajęć praktycznych:

Miejsce – adres wyżywienia uczestników szkolenia:

WYMAGANIA WSTĘPNE DLA UCZESTNIKÓW:

Wymagany poziom wykształcenia:

| Poziom wykształcenia: | Typ wykształcenia: | Waga wymagania: |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> brak lub nie pełne podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> pomaturalne/policealne <input type="checkbox"/> średnie zawodowe <input type="checkbox"/> średnie zawodowe 4 letnie <input type="checkbox"/> średnie ogólnokształcące <input type="checkbox"/> wyższe | <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> budowlane <input type="checkbox"/> ekonomiczne <input type="checkbox"/> elektryczne <input type="checkbox"/> gastronomiczne handlowe <input type="checkbox"/> humanistyczne <input type="checkbox"/> informatyczne <input type="checkbox"/> mechaniczne <input type="checkbox"/> inne | <input type="checkbox"/> konieczne <input type="checkbox"/> pożądane <input type="checkbox"/> nie wymagane |

Wymagany zawód:

| Nazwa zawodu zgodna z klasyfikacją zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy | Kod zawodu zgodny z klasyfikacją zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy | Waga wymagania: |
|---|---|--|
| | | <input type="checkbox"/> konieczne <input type="checkbox"/> pożądane <input type="checkbox"/> nie wymagane |

| | | | |
|--|---|---|----------------------------|
| <u>Wymagane uprawnienia:</u> | | | |
| Nazwa/rodzaj uprawnienia: | | Waga wymagania: | |
| | | <input type="checkbox"/> konieczne <input type="checkbox"/> pożądane <input type="checkbox"/> nie wymagane | |
| <u>Wymagane badania lekarskie:</u> | | | |
| Nazwa/rodzaj badań lekarskich: | | Waga wymagania: | |
| | | <input type="checkbox"/> konieczne <input type="checkbox"/> pożądane <input type="checkbox"/> nie wymagane | |
| <u>Pozostałe wymagania:</u> | | | |
| Znajomość język obcego /należy wskazać jaki język/ Stopień znajomości języka obcego..... | | Waga wymagania: <input type="checkbox"/> konieczne <input type="checkbox"/> pożądane <input type="checkbox"/> nie wymagane | |
| Wiek oddo..... | | Waga wymagania: <input type="checkbox"/> konieczne <input type="checkbox"/> pożądane <input type="checkbox"/> nie wymagane | |
| Cechy psychofizyczne: | | Waga wymagania: <input type="checkbox"/> konieczne <input type="checkbox"/> pożądane <input type="checkbox"/> nie wymagane | |
| Inne wymagania: | | Waga wymagania: <input type="checkbox"/> konieczne <input type="checkbox"/> pożądane <input type="checkbox"/> nie wymagane | |
| <u>CELE KSZTAŁCENIA I SPOSOBY ICH OSIĄGANIA:</u> | | | |
| <u>PLAN NAUCZANIA:</u> | | | |
| Nazwa zajęć edukacyjnych | Treści nauczania w zakresie poszczególnych zajęć edukacyjnych | Wymiar godzin teoretycznych | Wymiar godzin praktycznych |
| | | | |
| <u>OPIS EFEKTÓW KSZTAŁCENIA:</u> | | | |

| | |
|--|---|
| <u>Rodzaj dokumentów potwierdzających ukończenie kształcenia i uzyskanie kwalifikacji:</u> | |
| <u>Uzyskany zawód i uprawnienia po ukończeniu kształcenia:</u> | |
| Nazwa zawodu zgodna z klasyfikacją zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy | Kod zawodu zgodny z klasyfikacją zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy |
| | |
| <u>Nazwa/rodzaj uzyskanego uprawnienia:</u> | |
| <u>Uzyskane umiejętności po ukończeniu kształcenia:</u> | |
| <u>Uzyskana znajomość języka obcego po ukończeniu szkolenia:</u> | |
| Nazwa języka obcego | Stopień znajomości języka obcego: |
| | |
| Inne efekty kształcenia (należy podać jakie) | |
| <u>SPOSÓB I FORMA ZALICZENIA KSZTAŁCENIA:</u> | |
| Przewidziane formy okresowego sprawdzania efektów kształcenia | Przewidziane formy końcowego sprawdzania efektów kształcenia |
| | |
| <u>NADZÓR WEWNĘTRZNY SŁUŻĄCY PODNIESIENIU JAKOŚCI PROWADZONEGO SZKOLENIA:</u> | |
| <u>POSIADANE CERTYFIKATY JAKOŚCI USŁUG, AKREDYTACJE, ATESTY BĄDŹ INNE DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCE JAKOŚĆ KIERUNKU KSZTAŁCENIA:</u> | |
| <u>DOTYCHCZASOWE I EWENTUALNE ZAANGAŻOWANIE INSTYTUCJI SZKOLENIOWEJ W POZYSKIWANIE MIEJSC PRACY DLA PRZESZKOLONYCH OSÓB:</u> | |
| | |
| <u>IMIE, NAZWISKO/FUNKCJA – STANOWISKO SŁUŻBOWE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO PODPISANIA UMOWY :</u> | |
| <u>IMIE, NAZWISKO/FUNKCJA – STANOWISKO SŁUŻBOWE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO KONTAKTU W SPRAWIE REALIZACJI SZKOLENIA:</u> | |
| <u>NUMER TELEFONU:</u> | <u>ADRES E-MAIL:</u> |
| | |

.....
(PODPIS OSOBY UPRAWNIONEJ DO SKŁADANIA
OŚWIADCZEŃ W IMIENIU OFERENTA)

.....
(MIEJSCOWOŚĆ I DATA)