……………………..……..…………………

 (pieczęć instytucji szkoleniowej)

**PROGRAM SZKOLENIA**

**WRAZ Z HARMONOGRAMEM CZASOWO- MERYTORYCZNYM SZKOLENIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa szkolenia** |  |
| **Dla Pana/Pani** |  |
| **Tryb nauczania (proszę zaznaczyć X)** |  |
| indywidualny |  |
| grupowo |  |
|  (jakie?) |  |
| **Całkowita liczba godzin szkolenia**  | w tym na:teorię przypada…………………….. na praktykę…………………… |
| **Realizowane w godzinach** |  |
| **Liczba godzin szkolenia przypadająca na dany miesiąc:**  |  |
| **Program szkolenia opisany w języku efektów uczenia się** |  |
| **Wykaz kadry dydaktycznej** |  |
| **Wymagania wstępne dla Uczestnika** |  |
| **Czy przed rozpoczęciem, po zakończeniu szkolenia bądź do wykonywania pracy na wskazanym stanowisku po ukończeniu szkolenia wymagane są odpowiednie badania** | **TAK** specyfika badań/nazwa |  | 🗌**NIE** |  |
| **Cel szkolenia:****opis rezultatów uczenia – co będzie wiedział, rozumiał i/lub potrafił robić uczestnik, który ukończy to szkolenie (opis w języku efektów uczenia się)** |  |
| **Przewidziane sprawdziany i egzaminy: (ze wskazaniem czy jest to egzamin wewnętrzny czy zewnętrzny oraz instytucji przeprowadzającej egzamin zewnętrzny lub akredytującej procedurę egzaminu wewnętrznego)** |  |

**HARMONOGRAM CZASOWO-MERYTORYCZNY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dzień szkolenia**(dd-mm-rrrr)**w godzinach** (od…do…) | **Liczba godzin**  | **Zakres merytoryczny (zagadnienia) omawiane w danym dniu szkolenia, ze wskazaniem na jego formę (wykład/warsztat)**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

………………………………………………….

(podpis instytucji szkoleniowej)