..................................................

(pieczęć instytucji szkoleniowej)

 **OŚWIADCZENIA, DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA**

**MAŁOPOLSKICH STANDARDÓW USŁUG SZKOLENIOWYCH**

 **I. Dane dotyczące instytucji szkoleniowej**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nazwa instytucji szkoleniowej |  |
| 2. Adres |  |
| 3. Numer telefonu |  |
| 4. E-mail |  |
| 5. Data powstania instytucji szkoleniowej |  |
| 6. Forma organizacyjno-prawna jednostki /typ własności/ |  |
| 7. NIP |  |
| 8.REGON |  |
| 9.PKD |  |
| 10. Pełna nazwa banku i numer rachunku bankowego  |  |
| 11. Wpis do rejestru instytucji szkoleniowych |  tak nie  |
| 12. Nr wpisu do rejestru instytucji szkoleniowych |  |

**II. Nazwa, czas trwania i termin szkolenia**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa szkolenia |  |
| Termin szkolenia |  |

**III. Miejsce szkolenia**

|  |  |
| --- | --- |
| Adres zorganizowania zajęć teoretycznych | Adres zorganizowania zajęć praktycznych |
|  |  |

**IV. Materiały dydaktyczne i materiały biurowe, które Uczestnik/Uczestniczka otrzyma na własność w ramach kosztów szkolenia**:

|  |
| --- |
| Oświadczamy, że materiały szkoleniowe zawiarają podsumowanie treści szkolenia i odwołania do źródeł wiedzy, na której zostało ono oparte, z poszanowaniem praw autorskich.……………………………………………….podpis osoby upoważnionej |

**V. Oświadczamy, iż poniżej wymieniona kadra dydaktyczna** prowadząca powyższy kurs/szkolenie **posiada /~~nie posiada~~** \*(niepotrzebne skreślić) **kwalifikacje i uprawnienia oraz doświadczenie zawodowe potwierdzające sprawność i zdolność do wykonania zakresu szkolenia:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Poziom i kierunek wykształcenia – posiadane kwalifikacje | Nauczane na kursie przedmioty |
| 1 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Oświadczamy, że ww. personel realizujący szkolenia posiada łącznie:**

* wykształcenie wyższe/zawodowe lub inne certyfikaty/zaświadczenia umożliwiające przeprowadzenie danego szkolenia,
* doświadczenie umożliwiające przeprowadzenie danego szkolenia, przy czym minimalne doświadczenie zawodowe w danej dziedzinie nie jest krótsze niż 2 lata,
* kompetencje społeczne i metodyczne związane z kształceniem osób dorosłych (rozumiane jako ukończony min. 60 godzinny kurs dydaktyczny lub przygotowujący do kształcenia dorosłych lub wykazanie doświadczenia w kształceniu dorosłych – min. 750 godzin).

**Na potwierdzenie, w załączeniu przedkładamy dokumenty potwierdzające kompetencje kadry szkolącej.**

……………………………………………….

podpis osoby upoważnionej

**VI. Posiadamy/ ~~nie posiadamy\*~~**~~(~~niepotrzebne skreślić) **dostosowane wyposażenie dydaktyczne i pomieszczenia do potrzeb szkolenia, z uwzględnieniem bezpiecznych i higienicznych warunków realizacji szkolenia.**

Ilość i jakość pomieszczeń oraz wyposażenie w sprzęt i pomoce dydaktyczne do potrzeb w/w szkolenia, z uwzględnieniem bezpiecznych i higienicznych warunków pracy udostępnione dla każdego Uczestniczka/Uczestniczki w ramach ogólnych kosztów kursu/proszę wymienić z wyszczególnieniem zajęć teoretycznych i zajęć praktycznych/:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Charakter sali | Powierzchnia sali | Wyposażenie sali /urządzenia, audiowizualne, pomoce, itp./ | Adres lokalizacjisali |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

**Oświadczamy, że** szkolenie odbywa się w warunkach zapewniających komfort uczenia się, sale szkoleniowe spełniają warunki BHP oraz odpowiadają potrzebom grupy docelowej, zwłaszcza w przypadku udziału osób z niepełnosprawnościami.

……………………………………………….

podpis osoby upoważnionej

**VIII. Posiadane przez instytucję certyfikaty jakości usług** (w przypadku posiadania załączyć kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem)

|  |  |
| --- | --- |
| Tak | Proszę podać jakie: |
| Nie  |  |
| **Sposób organizacji zajęć praktycznych:**a) czas trwania jednego modułu/zjazdu nie przekracza 5 następujących po sobie dni,b) czas trwania zajęć łącznie z przerwami nie przekracza 8 godzin zegarowych w ciągu jednego dnia,c) w trakcie zajęć zaplanowane są regularne przerwy w ilości nie mniejszej niż 15 minut na 2 godziny zegarowe,d) w trakcie zajęć trwających dłużej niż 6 godzin zegarowych zaplanowana jest jedna przerwa trwająca min. 45 minut. |
| **5. Wymagania wstępne dla Uczestnika/Uczestniczki szkolenia**  |
| **Wymagane wykształcenie (proszę wstawić X):** |
| podstawowe |  |
| gimnazjalne |  |
| zawodowe |  |
| średnie ogólne |  |
| średnie zawodowe |  |
| wyższe |  |
| **Umiejętności wymagane od kandydata:** |
| Jakie? |
| **Dodatkowe kwalifikacje:** |
| Jakie? |
| **Stan zdrowia** (Czy osoba uprawniona ubiegająca się o skierowanie na szkolenie przez siebie wskazane ma obowiązek przedstawić zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych?) (proszę wstawić X)**:**  |
| TAK |  |
| NIE |  |
| **Pożądane cechy psychofizyczne kandydatów:** |
| Jakie?  |
| **6. Cele szkolenia:**  |
| **7. Plan nauczania** |
| *Temat zajęć edukacyjnych* | *Opis treści zajęć w ramach poszczególnych zajęć edukacyjnych* |
| Zajęcia teoretyczne |  |
| Zajęcia praktyczne |  |
| **8. Wykaz literatury oraz niezbędnych środków i materiałów dydaktycznych wykorzystywanych podczas zajęć:**  |
| Jakie? |
| **9.** **Przewidziane sprawdziany i egzaminy:** |
| **Sprawdziany:** | Jakie? |
| **Egzaminy (zaznaczyć właściwe):** |
| egzamin wewnętrzny przeprowadzony przez instytucję szkoleniową |  |
| egzamin państwowy przed komisją  | Jaką komisją? |
| inna forma zaliczenia | Jaka? |
| **10.Informacja o dopuszczalnej liczbie godzin nieobecności na szkoleniu, aby Uczestnik/Uczestniczka został sklasyfikowany/dopuszczony do egzaminu końcowego:** |
| Liczba godzin:  |
| **11. Uzyskane kwalifikacje i umiejętności po pozytywnym zakończeniu kursu przez Uczestnika/Uczestniczkę:** |
| Jakie? |
| **12.Rodzaj dokumentów potwierdzających ukończenie szkolenia i uzyskanie kwalifikacji (proszę zaznaczyć X)** |
| zaświadczenie na druku MEN |  |
| zaświadczenie według własnego wzoru  |  |
| uprawnienia |  |

……………………………………………….

podpis osoby upoważnionej

Załączniki (kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem):

1. dokumenty potwierdzające kompetencje kadry szkolącej,
2. certyfikaty jakości usług – jeśli dotyczy