……………………..……..…………………

(pieczęć instytucji szkoleniowej)

**PROGRAM SZKOLENIA WRAZ Z HARMONOGRAMEM CZASOWO- MERYTORYCZNYM SZKOLENIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa szkolenia** |  |
| **Dla Pana/Pani** |  |
| **Tryb nauczania** | indywidualny  grupowo  inne………………………… |
| **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/uczestników szkolenia** |  |
| **Czy przed rozpoczęciem, po zakończeniu szkolenia, bądź do wykonywania pracy na wskazanym stanowisku po ukończeniu szkolenia wymagane są odpowiednie badania** |  TAK   NIE |
| **Celem szkolenia jest (proszę przedstawić efekty 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-rr)  **w godzinach** (od…do…) | **Liczba godzin** | **Zakres merytoryczny (zagadnienia) omawiane w danym dniu szkolenia, ze wskazaniem na jego formę (wykład/warsztat)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

………..……………………………………………………..

(data i podpis instytucji szkoleniowej)