

PROGRAM SZKOLENIA

(nazwa szkolenia)

I. CZAS TRWANIA I SPOSÓB ORGANIZACJI SZKOLENIA

Czas trwania szkolenia

Liczba godzin ogółem - _____, liczba dni _____, w tym liczba godzin zajęć:

– teoretycznych - _____,

– praktycznych - _____.

w tym w zakładzie pracy _____

Udział zajęć praktycznych wynosi _____% ogółu wymiaru godzin szkolenia.

Udział zajęć praktycznych w zakładzie pracy wynosi _____% ogółu wymiaru godzin zajęć praktycznych.

Miejsce szkolenia (na terenie zakładu pracy, zakładu usługowego, we własnych warsztatach, wynajętych warsztatach, innym miejscu):

– teoretycznego _____,
(nazwa instytucji i dokładny adres)

– praktycznego _____.
(nazwa instytucji i dokładny adres)

Sposób organizacji szkolenia

– zajęcia będą prowadzone _____ dni w ciągu tygodnia

– ilość godzin dziennie (przeciętnie)

– ilość godzin tygodniowo (przeciętnie)

Plan nauczania obejmować powinien **nie mniej niż 25 godzin zegarowych w tygodniu**, w przypadku mniejszego wymiaru godzin tygodniowo proszę uzasadnić dlaczego.

Oświadczam, że wyposażenie bazy szkoleniowej umożliwi każdemu uczestnikowi szkolenia poznanie i przyuczenie do pracy wraz z umiejętnościami będącymi przedmiotem szkolenia.

Zapewnimy odpowiednią lokalizację miejsca szkolenia, ilość pomieszczeń do realizacji części teoretycznej jak również odpowiednie miejsce do przeprowadzenia zajęć praktycznych.

Ponadto pomieszczenia do odbywania szkolenia będą:

- przystosowane do liczby osób przewidzianych do przeszkolenia,
- posiadać miejsca siedzące dla każdego uczestnika szkolenia w układzie kinowym lub szkolnym z miejscem umożliwiającym wykonywanie notatek przez uczestnika szkolenia,
- posiadać zaplecze sanitarne,
- posiadać oświetlenie naturalne i sztuczne,
- posiadać wentylację i ogrzewanie zapewniającą odpowiednią temperaturę – stosownie do pory roku,
- gwarantować naukę w warunkach wymaganych w przepisach bezpieczeństwa i higieny pracy i przepisach ppoż.
- być wyposażone w pomoce dydaktyczne dostosowane do prowadzenia Szkolenia będącego przedmiotem zamówienia (np.:),
- w przypadku zajęć praktycznych przy komputerze wymagane jest oddzielne stanowisko komputerowe dla każdego uczestnika Szkolenia, posiadające niezbędne i legalne oprogramowanie z aktualną wersją programu niezbędnego do realizacji Szkolenia;
- Wykonawca prowadząc zajęcia wymagające obsługi komputera zobowiązany jest do udokumentowania posiadania odpowiedniej ilości zestawów komputerowych. Za jeden zestaw komputerowy uważa się jednostkę centralną, monitor, mysz, klawiaturę lub komputer typu laptop;

Sposób organizacji zajęć praktycznych określonych w programie szkolenia

- w sposób tradycyjny np. w siedzibie jednostki szkoleniowej (ćwiczenia, warsztaty, pokazy, konsultacje grupowe i indywidualne) _____

lub/i

- organizowane z zastosowaniem innowacyjnych lub oryginalnych metod prowadzenia wykraczających poza standardowy program szkolenia np. w zakładach pracy (podać nazwę i adres zakładu pracy, profil działalności zakładu, nazwisko, imię i stanowisko oraz kwalifikacje opiekuna zajęć praktycznych z zakładu pracy) _____

Baza lokalowa, w której odbywać będą się zajęcia praktyczne zawierać będzie oddzielne

stanowisko do nauki dla każdej z osób. Stanowisko do nauki praktycznej będzie wyposażone w _____

Oświadczam, że zajęcia praktyczne przy komputerze prowadzone będą w sali wyposażonej w oddzielne stanowisko komputerowe dla każdego uczestnika szkolenia, posiadające niezbędne i legalne oprogramowanie z aktualną wersją programu niezbędnego do realizacji szkolenia oraz że posiadamy odpowiednią ilość zestawów komputerowych (za jeden zestaw komputerowy uważa się jednostkę centralną, monitor, mysz, klawiaturę lub komputer typu laptop) TAK/NIE/NIE DOTYCZY*

II. WYMAGANIA WSTĘPNE DLA UCZESTNIKÓW SZKOLENIA

- a) wykształcenie: _____
- b) wiedza: _____
- c) niezbędne minimalne umiejętności: _____
- d) inne pożądane elementy: _____

III. CELE SZKOLENIA *(ujęte w kategoriach efektów uczenia się z uwzględnieniem wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych)*

IV. PLAN NAUCZANIA *(określający tematy zajęć edukacyjnych oraz ich wymiar z uwzględnieniem, w miarę potrzeby, części teoretycznej i części praktycznej)*

CZĘŚĆ TEORETYCZNA

1.	_____	-	_____	godz.
2.	_____	-	_____	godz.
3.	_____	-	_____	godz.
4.	_____	-	_____	godz.
5.	_____	-	_____	godz.
6.	_____	-	_____	godz.
CZĘŚĆ PRAKTYCZNA				
1.	_____	-	_____	godz.
2.	_____	-	_____	godz.
3.	_____	-	_____	godz.
4.	_____	-	_____	godz.
5.	_____	-	_____	godz.
6.	_____	-	_____	godz.

V. OPIS TREŚCI SZKOLENIA (kluczowe punkty szkolenia w zakresie poszczególnych zajęć edukacyjnych)

1.	_____	(nazwa zajęć)
	_____	(treści kształcenia)

2.	_____	(nazwa zajęć)
	_____	(treści kształcenia)

3.	_____	(nazwa zajęć)
	_____	(treści kształcenia)

VI. WYKAZ LITERATURY ORAZ NIEZBĘDNYCH ŚRODKÓW I MATERIAŁÓW DYDAKTYCZNYCH

Wykaz literatury (np. podręczniki, skrypty)

1.	_____
2.	_____
	itd.

Środki dydaktyczne (środki wykorzystywane do przekazywania informacji np. tablica, projektor)

1. _____
 2. _____
- itd.

Materiały dydaktyczne (np. foliogramy, filmy, schematy)

1. _____
 2. _____
- itd.

Narzędzia, wyposażenie zakładu i urządzeń technicznych niezbędnych do właściwej realizacji szkolenia (z uwzględnieniem bezpiecznych i higienicznych warunków pracy i nauki)

1. _____ - _____ szt.
 2. _____ - _____ szt.
 3. _____ - _____ szt.
- itd.

Materiały przekazane uczestnikom szkolenia na własność (np. podręczniki, opracowania własne, inne)

1. _____
 2. _____
- itd.

VII. PRZEWIDZIANE SPRAWDZIANY I EGZAMINY

(data i miejscowość)

Podpis i pieczęć imienna upoważnionego
przedstawiciela WYKONAWCY

(pieczęć placówki kształcenia ustawicznego,
placówki kształcenia praktycznego
lub ośrodka dokształcania i doskonalenia zawodowego)

ZAŚWIADCZENIE o ukończeniu kursu

Zaświadcza się, że Pan/i _____
(imię/ imiona i nazwisko)

(data urodzenia)

(miejsce urodzenia)

(numer PESEL¹)

ukończył/a kurs _____
(nazwa kursu)

_____ w wymiarze _____ godz.

prowadzony przez _____
(nazwa i adres placówki kształcenia ustawicznego, placówki kształcenia praktycznego
lub ośrodka dokształcania i doskonalenia zawodowego)

Zaświadczenie wydano na podstawie § 18 ust. 2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 stycznia 2012r. w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych (Dz. U. Z 2014r. poz. 622)

_____, dnia _____
(miejscowość)

Nr ____/20__ r.²

(pieczęć i podpis dyrektora
placówki kształcenia ustawicznego,
placówki kształcenia praktycznego lub
ośrodka dokształcania i doskonalenia zawodowego)

¹ W przypadku osoby, która nie posiada numer PESEL, należy wpisać nazwę i numer dokumentu potwierdzającego jej tożsamość

² Wpisać numer z ewidencji zaświadczeń prowadzonej przez placówkę kształcenia ustawicznego, placówkę kształcenia praktycznego lub ośrodek dokształcania i doskonalenia zawodowego

SUPLEMENT
do zaświadczenie o ukończeniu kursu

pn.: _____

w okresie od _____ r. do _____ r.

Nr ____/20__r.³

Lp.	Temat zajęć edukacyjnych	Wymiar godzin zajęć edukacyjnych

(pieczętka i podpis dyrektora
placówki kształcenia ustawicznego,
placówki kształcenia praktycznego lub
ośrodka dokształcania i doskonalenia zawodowego)

³ Wpisać numer z ewidencji zaświadczeń prowadzonej przez placówkę kształcenia ustawicznego, placówkę kształcenia praktycznego lub ośrodek dokształcania i doskonalenia zawodowego



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



ANKIETA DLA UCZESTNIKÓW SZKOLENIA

Jednym z zadań urzędu jest zapewnienie uczestnikom wysokiego poziomu szkolenia. Państwa opinia będzie bardzo przydatna zarówno dla nas, jak i dla instytucji szkolącej oraz pozwoli dostosować szkolenia oraz ich jakość do Państwa oczekiwań. Prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania i przekazanie nam w miarę możliwości wyczerpujących informacji. Przy każdym pytaniu prosimy o zakreslenie krzyżykiem wybranej odpowiedzi.

Ankieta jest anonimowa.

Informacje o osobie wypełniającej:

1. Płeć:
 - a) kobieta
 - b) mężczyzna
2. Wiek:
 - a) 18-24 lata
 - b) 25-34 lata
 - c) 35-44 lata
 - d) 45 lat i więcej
3. Wykształcenie:
 - a) gimnazjalne i podstawowe
 - b) zasadnicze zawodowe
 - c) średnie ogólnokształcące
 - d) średnie zawodowe i policealne
 - e) wyższe
4. Czas pozostawania bez pracy:
 - a) do 6 miesięcy
 - b) od 6 do 12 miesięcy
 - c) powyżej 12 miesięcy

Ocena szkolenia:

1. Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z uczestnictwa w szkoleniu?
 - a) tak
 - b) nie
 - c) nie mam zdania
2. Czy szkolenie spełniło Pana/Pani oczekiwania?
 - a) tak
 - b) częściowo
 - c) raczej nie
 - d) zdecydowanie nie
 - e) nie mam zdania
3. Czy zakres tematyczny szkolenia – zdaniem Pana/Pani był wystarczający?
 - a) tak
 - b) nie
 - c) nie mam zdania

Jeżeli nie, to jakie zagadnienia byłyby niezbędne do uwzględnienia w programie szkolenia?

.....
.....

4. Czy w zakresie tematycznym szkolenia były zagadnienia, które uważa Pan/Pani za zbędne?
 - a) tak

- b) nie
- c) nie mam zdania

Jeżeli tak, to jakie zagadnienia w programie należałoby pominąć?

.....

.....

5. Czy odpowiadał Panu/Pani sposób prowadzenia zajęć?

- a) tak
- b) częściowo
- c) nie
- d) nie mam zdania

Uwagi i propozycje na temat prowadzenia zajęć:

.....

.....

6. Jak ocenia Pan/Pani (prosimy zastosować skalę od 1 do 5, gdzie 1 oznacza ocenę najniższą, a 5 najwyższą) organizację zajęć pod względem:

- a) czasu, w który się odbywały
- b) miejsca szkolenia
- c) warunków lokalowych
- d) wyposażenia technicznego
- e) poziomu wiedzy prowadzącego zajęcia
- f) zdolności przekazywania umiejętności

7. Czy zdaniem Pana/Pani ukończenie szkolenia zwiększy szansę znalezienia pracy?

- a) tak
- b) nie
- c) nie mam zdania

8. Czy zamierza Pan/Pani poszukiwać pracy zgodnie z uzyskanymi w wyniku szkolenia umiejętnościami?

- a) tak
- b) nie

Jeżeli nie, prosimy o krótkie uzasadnienie dlaczego?

.....

.....

9. Uwagi i propozycje dotyczące zakończenia szkolenia:

.....

.....

10. Proszę podać inne kierunki szkoleń, odbyciem których byłby/byłaby Pan/Pani zainteresowany/a w przyszłości:

.....

.....

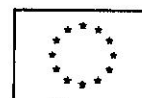
Data.....

DZIĘKUJEMY !



Fundusze
Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



(pieczęć instytucji szkoleniowej)

Certyfikat potwierdzający ukończenie szkolenia

w ramach projektu pozakonkursowego „Aktywizacja osób młodych pozostających bez pracy w powiecie gostyński (II)” dofinansowanego z Funduszy Europejskich w ramach programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 Oś Priorytetowa I, Działanie 1.1, Poddziałanie 1.1.1.

Zaświadcza się, że Pan/i _____
(imię i nazwisko)

(data urodzenia)

(miejsce urodzenia)

(numer PESEL¹)

ukończył/a kurs _____
(nazwa kursu)

_____ w wymiarze _____ godz.

prowadzony przez _____
(nazwa i adres placówki kształcenia ustawicznego, placówki kształcenia
praktycznego lub ośrodka dokształcania i doskonalenia zawodowego)

w okresie od dnia _____ do dnia _____

_____, dnia _____
(miejscowość)

Nr ____/20__r.²

(podpis osoby upoważnionej przez instytucję
szkoleniową przeprowadzającą szkolenie)

¹ W przypadku osoby, która nie posiada numer PESEL, należy wpisać nazwę i numer dokumentu potwierdzającego jej tożsamość

² Wpisać numer z ewidencji zaświadczeń prowadzonej przez placówkę kształcenia ustawicznego, placówkę kształcenia praktycznego lub ośrodek dokształcania i doskonalenia zawodowego

[illegible]



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



**Protokół odbioru wykonania zleconej usługi szkoleniowej
dot. Umowy nr/..... z dnia r.**

1. Zamawiający: *Starosta Gostyniński w imieniu, którego na podstawie upoważnienia działa*
.....
2. Wykonawca:, z siedzibą przy ul.
....., reprezentowana przez

Potwierdzam należyte wykonanie zamówienia, którym jest: organizacja i przeprowadzenie szkolenia grupowego pn.:

Dla:

- Pani/Pana, zam.,
- Pani/Pana, zam.,
- Pani/Pana, zam.,
- Pani/Pana, zam.,
- Pani/Pana, zam.,
- Pani/Pana, zam.,
- Pani/Pana, zam.,
- Pani/Pana, zam.,
- Pani/Pana, zam.,
- Pani/Pana, zam.,

zarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Gostyninie, realizowanego w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego – projekt „Aktywizacja osób młodych pozostających bez pracy w powiecie gostynińskim (II)” projekt realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Oś priorytetowa I Poddziałanie 1.1.1 Wsparcie udzielane z Europejskiego Funduszu Społecznego.

1. Protokół dotyczy odbioru szkolenia grupowego w okresie od do
2. Miejsce realizacji szkolenia:
zajęcia teoretyczne:
zajęcia praktyczne:
3. Liczba uczestników szkolenia:
4. Zamawiający dokonuje odbioru usługi szkoleniowej objętej umową bez uwag i stwierdza, że zamówienie zostało zrealizowane zgodnie z zakresem określonym w umowie.
5. Zamawiający dokonuje odbioru usługi szkoleniowej z następującymi uwagami i zastrzeżeniami:.....
.....
.....



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



6. W związku z uwagami i zastrzeżeniami, o których mowa w pkt 5 strony ustaliły co następuje:
-
-
7. Zamawiający wyraża zgodę/nie wyraża zgody* na wystawienie przez Wykonawcę faktury za wykonane zamówienia.
8. Dokumenty przekazane Zamawiającemu związane z wykonanym zamówieniem:
- ☐
 - ☐
 - ☐
 - ☐
 - ☐
 - ☐
 - ☐
 - ☐

Wykonawca

Zamawiający

.....
(pieczęć i podpis)

.....
(pieczęć i podpis)

*niepotrzebne skreślić



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



pieczętka instytucji szkoleniowej

LISTA OBECNOŚCI

nazwa szkolenia

imię i nazwisko uczestnika

m-c	2017	Liczba godzin	Podpis uczestnika	Podpis osoby upoważnionej ze strony organizatora do przeprowadzenia szkolenia	Uwagi
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
Ogółem liczba godzin					

pieczętka i podpis osoby upoważnionej