Załącznik nr 6

/PIECZĄTKA INSTYTUCJI SZKOLENIOWEJ/

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Program szkolenia/zakres egzaminu**  **przewidzianych do sfinansowania ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego** | | | |
| Nazwa instytucji szkoleniowej | | | |
| Adres instytucji szkoleniowej | | | |
| Nazwa szkolenia | | | |
| Posiadanie wpisu do Rejestru Instytucji Szkoleniowych (właściwe zaznaczyć) :  a) tak (podać numer) ………………………………………………………………………………………………...  b) nie | | | |
| Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego, a w przypadku kursów – posiadanie dokumentu, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego, jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych (wymienić)  ……………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | |
| Miejsce organizacji zajęć teoretycznych | Miejsce organizacji zajęć praktycznych | | |
| Forma szkolenia (właściwe zaznaczyć):  a) indywidualna  b) grupowa | | | |
| Liczba godzin szkolenia: ……………………………….. , w tym:  a) zajęcia teoretyczne ……………………………….  b) zajęcia praktyczne ………………………………… | | | |
| Jednostkowy koszt szkolenia ……………………………….. zł  Uwaga: Środki Krajowego Funduszu Szkoleniowego są środkami publicznymi w rozumieniu ustawy o finansach publicznych. Zgodnie z ustawą o podatku  od towarów i usług oraz rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień, zwalnia się od podatku usługi kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego finansowane w co najmniej 70 % ze środków publicznych. | | | |
| Rodzaj dokumentów potwierdzających ukończenie szkolenia i uzyskanie kwalifikacji:  …………………………………………………………………………………………………................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ | | | |
| Wymagania wstępne dla uczestnika szkolenia, w tym rodzaj niezbędnych badań lekarskich:  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | |
| Cele szkolenia ujęte w kategoriach efektów uczenia się, z uwzględnieniem wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych:  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | |
| Sposób sprawdzenia efektów szkolenia (właściwe zaznaczyć):   * Egzamin wewnętrzny * Egzamin zewnętrzny (instytucja egzaminująca): ………………………………………………………… * Inny (jaki): ……………………………………………………………………………………………….. | | | |
| Plan nauczania | | | |
| Tematy zajęć | | Wymiar godzin zajęć teoretycznych | Wymiar godzin zajęć praktycznych |

………………………………………………….

(data, pieczątka i podpis przedstawiciela instytucji szkoleniowej