Załącznik nr 6

 /PIECZĄTKA INSTYTUCJI SZKOLENIOWEJ/

|  |
| --- |
| **Program szkolenia/zakres egzaminu****przewidzianych do sfinansowania ze środków rezerwy 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 ……………………………….. złUwaga: 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