

Załącznik Nr 3 do OFERTY  
Zadanie Nr 5A pn., „Monter klimatyzacji”

(pieczęć instytucji szkoleniowej)

**PROGRAM SZKOLENIA**

(miejscowość i data)

Nazwa instytucji szkoleniowej	Kod pocztowy
	Miejscowość
REGON	Ulica, nr domu
	Nr tel.
NIP	Nr fax
	E-mail
Nr rachunku bankowego:	
Nr wpisu do Rejestru Instytucji Szkoleniowych:	
Miejsce szkolenia:	
zajęć teoretycznych	zajęć praktycznych
Kod pocztowy	Kod pocztowy
Miejscowość	Miejscowość
Ulica, nr domu	Ulica, nr domu
Nr tel.	Nr tel.
Nazwa i zakres szkolenia:	
Czas trwania szkolenia (nie mniej niż 25 godzin zegarowych w tygodniu) i sposób realizacji szkolenia	
Termin szkolenia (od-do):	od do
Ilość godzin szkoleniowych (zegarowych <sup>1</sup> ) – harmonogram godzin:	
a) w godzinach ogółem:	
zajęcia teoretyczne(w godzinach zegarowych):	
zajęcia praktyczne (w godzinach zegarowych):	
b) w tygodniach:	
1 tydzień (w godzinach zegarowych):	
2 tydzień (w godzinach zegarowych):	
3 tydzień (w godzinach zegarowych):	
4 tydzień (w godzinach zegarowych):	
5 tydzień (w godzinach zegarowych):	
c) w miesiącu kalendarzowym <sup>**</sup> :	
**	
**	
Cena za szkolenie:	
Koszt osobogodziny:	
Cena za uczestnika szkolenia:	
Materiały dydaktyczne i sprzęt wykorzystywany podczas zajęć:	

<sup>1</sup> Jedna godzina zegarowa = 45 min. zajęć edukacyjnych + 15 min. przerwy

<sup>\*\*</sup> Wpisać nazwę miesiąca

Materiały dydaktyczne, jakie uczestnicy szkolenia otrzymują na własność:	
Wykaz literatury:	
Kwalifikacje kadry dydaktycznej:	<b>Załącznik nr 3</b>
Wymagania wstępne dla uczestnika szkolenia:	
<p>Wykształcenie</p> <p><input type="checkbox"/> niepełne podstawowe</p> <p><input type="checkbox"/> podstawowe</p> <p><input type="checkbox"/> gimnazjalne</p> <p><input type="checkbox"/> zawodowe</p> <p><input type="checkbox"/> średnie</p> <p><input type="checkbox"/> wyższe</p>	
Uprawnienia i umiejętności wymagane od kandydata:	
Rodzaj niezbędnych badań lekarskich stwierdzających zdolność kandydata do uczestnictwa w szkoleniu:	
Cele szkolenia:	
Plan nauczania - harmonogram szkolenia	<b>Załącznik Nr 4</b>
Nabyte kwalifikacje (rodzaj uprawnień):	
Sposób sprawdzenia efektów szkolenia – przewidziane sprawdziany i egzaminy:	
<input type="checkbox"/> praca końcowa	<input type="checkbox"/> zaliczenie całego programu
<input type="checkbox"/> egzamin	<input type="checkbox"/> frekwencja
<input type="checkbox"/> aktywność	<input type="checkbox"/> inne(jakie?)

**Załączniki:**

1. Wykaz zajęć edukacyjnych objętych szkoleniem/kursem na drugiej stronie zaświadczenia lub innego dokumentu
2. Preliminarz kosztów
3. Kwalifikacje kadry dydaktycznej - Kwestionariusz Osobowy Kadry dydaktycznej
4. Plan nauczania - harmonogram szkolenia
5. Oświadczenie dotyczące warunków lokalowych
6. Wzór ankiety uczestnika szkolenia (dołączy Wykonawca)
7. Wzór zaświadczenia lub innego dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia i uzyskanie kwalifikacji zgodny Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 stycznia 2012r. w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych z późniejszymi zmianami (dołączy Wykonawca).

---

(podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

Załącznik nr 1  
do programu szkolenia

—  
\_\_\_\_\_  
(pieczęć instytucji szkoleniowej)

### Wykaz zajęć edukacyjnych objętych szkoleniem/kursem

Lp.	Tematy zajęć edukacyjnych	Wymiar godzin zajęć edukacyjnych
1.		
2.		
...		
...		
	RAZEM:	

\_\_\_\_\_  
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej  
przez organizatora szkolenia)

Załącznik nr 2  
do programu szkolenia

\_\_\_\_\_  
(pieczęć instytucji szkoleniowej)

## PRELIMINARZ KOSZTÓW

Zestawienie składników kosztów za przeprowadzenie szkolenia pn. \_\_\_\_\_

w terminie od dnia \_\_\_\_\_ do dnia \_\_\_\_\_ dla \_\_\_\_\_ osób bezrobotnych.

Liczba godzin ogółem \_\_\_\_\_

LP	TREŚĆ	KWOTA
<b>I. WYNAGRODZENIA</b>		
1.	Wykładowca	
2.	...	
3.	...	
<b>RAZEM</b>		
<b>II. WYDATKI MATERIAŁOWE</b>		
1.	Skrypty, książki	
2.	Materiały kancelaryjne	
3.	Środki dydaktyczne	
4.	Materiały do nauki praktycznej	
5.	...	
6.	...	
<b>RAZEM</b>		
<b>III. USŁUGI OBCE</b>		
1.	Dzierżawa Sali wykładowej	
2.	Wydanie zaświadczenia	
3.	Opłaty pocztowe i telekomunikacyjne	
4.	...	
5.	...	
<b>RAZEM</b>		
<b>OGÓŁEM KOSZTY</b>		
Narzut		
<b>KWOTA OGÓŁEM:</b>		

Słownie: \_\_\_\_\_

Koszt na 1 osobę: \_\_\_\_\_ (słownie: \_\_\_\_\_)

Koszt osobogodziny \_\_\_\_\_ (słownie: \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_  
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej  
przez organizatora szkolenia)

Załącznik nr 3  
do programu szkolenia

\_\_\_\_\_  
(pieczęć instytucji szkoleniowej)

### **Kwestionariusz Osobowy Kadry dydaktycznej**

1. Imię i nazwisko : \_\_\_\_\_

2. Tematyka prowadzonych zajęć (w ramach szkolenia):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Posiadane wykształcenie:

poziom \_\_\_\_\_

kierunek \_\_\_\_\_

nazwa uczelni \_\_\_\_\_

4. Doświadczenie zawodowe w zakresie prowadzenia szkoleń, kursów, pracy wykładowczej i innej pracy dydaktycznej w ostatnich 3 latach:

2013r. – ilość szkoleń w tematyce: \_\_\_\_\_

2014r. – ilość szkoleń w tematyce: \_\_\_\_\_

2015r. – ilość szkoleń w tematyce: \_\_\_\_\_

2016r. – ilość szkoleń w tematyce: \_\_\_\_\_

5. Ukończone szkolenia (związane z tematyką prowadzonych zajęć)

- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_

Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 k.p.k za składanie fałszywych zeznań oświadczam, iż dane zawarte w kwestionariuszu osobowym kadry dydaktycznej są zgodne z prawdą.

\_\_\_\_\_  
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

(pieczęć instytucji szkoleniowej)

### Plan nauczania – harmonogram szkolenia

Dzień szkolenia	Temat zajęć edukacyjnych	Opis treści szkolenia	Wykładowca/ trener/instruktor	Ilość godzin teoretycznych	Ilość godzin praktycznych	UWAGI
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
...						
...						

(miejscowości i data)

Powiatowy Urząd Pracy w Brzegu  
ul. Armii Krajowej 32  
49-300 Brzeg

tel. (077) 444 13 90 do 92  
<http://pup.brzeg.pl>  
e-mail: [opbr@praca.gov.pl](mailto:opbr@praca.gov.pl)

(podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

Wydatek jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój

Załącznik nr 5  
do programu szkolenia

\_\_\_\_\_  
(pieczęć instytucji szkoleniowej)

### Oświadczenie

Wykaz dotyczący warunków lokalowych i sprzętowych wykonawcy

	Wyszczególnienie
Liczba miejsc siedzących na sali wykładowej:	_____
Warsztat szkoleniowy ze stanowiskami do zajęć praktycznych:	_____
Osobne pomieszczenie (wpisać: tak lub nie)	_____
Powierzchnia sali	_____ m <sup>2</sup>
Usytuowanie warsztatu szkoleniowego (wpisać: parter, I piętro, II piętro itp.)	_____

.....  
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej)