Załącznik nr

 do wniosku (…)

w formie Krajowego Funduszu Szkoleniowego

**PROGRAM**

**SZKOLENIA I/LUB STUDIÓW PODYPLOMOWYCH I/LUB EGZAMINU**

|  |
| --- |
|  |
| Nazwa organizatora szkolenia i/lub studiów podyplomowych i/lub egzaminu |
| Osoba reprezentująca organizatora szkolenia i/lub studiów podyplomowych i/lub egzaminu |
| województwo | miasto | kod pocztowy |
| ulica | Nr telefonu / nr fax. |
| Miejsce – adres zajęć teoretycznych szkolenia i/lub studiów podyplomowych i/lub egzaminu | Miejsce – adres zajęć praktycznych szkolenia i/lub studiów podyplomowych i/lub egzaminu |
| Nazwa szkolenia i/lub studiów podyplomowych i/lub egzaminu |
| Zakres/program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu |
| Czas trwania szkolenia i/lub studiów podyplomowych i/lub egzaminuTermin szkolenia: od ………………………..………. do ………………………………… |
| Liczba godzin ogółem : …………………… |
| Łączna liczba uczestników szkolenia i/lub studiów podyplomowych i/lub egzaminu, planowana przez organizatora kształcenia w w/w terminie i miejscu ………………………… |
| Koszt osobogodziny: …………………………...……..Koszt kształcenia 1 osoby: ……………………..…….. |
| Kadra dydaktyczna realizująca kształcenie: .……………………………………………………………..……………………………………………………………...………………………………………………………………Itd. |
| Rodzaj niezbędnych badań lekarskich stwierdzających zdolność kandydata do uczestnictwa w szkoleniu …………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Nabyte kwalifikacje / rodzaj uprawnień/ typ dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

 …………………………………………………………….

 ( podpis i pieczęć kierownika szkolenia bądź osoby uprawnionej )