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 egzaminu  Termin 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 )