Załącznik nr 3

**Program kształcenia/zakres egzaminu\***

(dotyczy kursów, studiów podyplomowych, egzaminów,
badań lekarskich i/lub psychologicznych)

1. **UZUPEŁNIA REALIZATOR KSZTAŁCENIA:**

……………………..………………………....………………………………….…………….............(nazwa kształcenia ustawicznego- kursu, studiów podyplomowych, egzaminu,
badań lekarskich i/lub psychologicznych)

Nazwa, adres, NIP realizatora kształcenia ustawicznego:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nazwa, adres, NIP wystawcy faktury:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Miejsce kształcenia ustawicznego:
…………………………………………….…………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………...….

Planowany termin kształcenia ustawicznego: od ………..…….……….. do…………........................

Łączna liczba godzin kształcenia ustawicznego:………………………………………………………

Liczba osób objęta ww. kształceniem ……………………………………………………………...…

Koszt kształcenia jednej osoby: ……………………………………………………… zł

***(Powyższy koszt nie obejmuje kosztów: dojazdu, zakwaterowania i wyżywienia uczestnika kształcenia ustawicznego)***

Dokument na podstawie którego realizator prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego (dot. kursów): ………………………………………………………………………………………….

Certyfikaty jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego posiadanych przez realizatora, (nazwa dokumentu): …………………………………………………………………………………

Zakres egzaminu (jeśli dotyczy): ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Plan nauczania\*\***(określający tematy zajęć edukacyjnych oraz ich wymiar z uwzględnieniem części teoretycznej i praktycznej) | **Liczba godzin** |
| **teoria** | **praktyka** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **itd.** |  |  |  |
| **Razem:** |  |  |

………………………, dnia ……..2024 r. ............................................................

(miejscowość) Podpis upoważnionego przedstawiciela
 realizatora kształcenia ustawicznego

**WAŻNE**

Do przygotowanego zakresu kształcenia ustawicznego lub zakresu egzaminu należy załączyć wzór dokumentu potwierdzającego nabyte kompetencje, wystawionego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących.

**\* program kształcenia należy wypełnić oddzielnie dla każdego kursu , studiów podyplomowych, egzaminu, badań lekarskich i/lub psychologicznych.**

**\*\* dotyczy kursów, studiów podyplomowych**

1. **UZUPEŁNIA PRACODAWCA:**

Uzasadnienie pracodawcy w zakresie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego, finansowanego ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego w 2024 r.

- uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego:

………………………………………………………………...………………………...................................………………………………………………………………...……………………………………………………

………………………………………………………………...………………………………………................

………………………………………………………………...………………………………………................

………………………………………………………………...………………………………………................

- cena usługi kształcenia ustawicznego w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku (minimum jedna oferta do porównania, o ile jest dostępna):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. |  | Oferta 1 | Oferta 2 | Oferta 3 |
| 1. | Nazwa realizatora usługi kształcenia ustawicznego |  |  |  |
| 2. | Nazwa kształcenia ustawicznego |  |  |  |
| 3. | Liczba godzin |  |  |  |
| 4. | Koszt usługi (koszt usługi za jedną osobę) |  |  |  |

W przypadku braku ofert do porównania, należy wskazać dlaczego i w jaki sposób zostało to zweryfikowane:………………………………………………………………...………………………........................................

……...………………………................................................................................................................................

…………………………… ………………………………………

 (miejscowość, data) (podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby

 upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)