# Załącznik nr 1 do umowy

## PROGRAM SZKOLENIA

**Wypełnia Wykonawca**

1. **NAZWA I ZAKRES SZKOLENIA**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **CZAS TRWANIA I SPOSÓB ORGANIZACJI SZKOLENIA**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **WYMAGANIA WSTĘPNE DLA UCZESTNIKÓW SZKOLENIA**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **CELE SZKOLENIA**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **PLAN NAUCZANIA I TREŚCI SZKOLENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TEMAT** | **LICZBA GODZIN TEORETYCZNYCH** | **LICZBA GODZIN PRAKTYCZNYCH** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Ilość godzin szkolenia ogółem:** |  | |

1. **WYKAZ LITERATURY ORAZ NIEZBĘDNYCH ŚRODKÓW   
   I MATERIAŁÓW DYDAKTYCZNYCH**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **SPOSÓB SPRAWDZANIA EFEKTÓW SZKOLENIA**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

....................................................................

podpis Wykonawcy



**Załącznik nr 2 do umowy**

**WZÓR HARMONOGRAMU SZKOLENIA**

**p.n. .........................................................................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  **(dzień szkolenia)** | **Data** | **Imię**  **i Nazwisko uczestnika** | **Godziny realizacji szkolenia**  **(od... do...)** | **Liczba**  **godzin zegarowych** | **Temat zajęć, nazwisko i imię Wykładowcy** | **Miejsce zajęć** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

……………………………………….. ……………………………………….

pieczątka instytucji szkoleniowej podpis Wykonawcy / Osoby upoważnionej

**Załącznik nr 3 do umowy**

……………………………………………………

(pieczątka instytucji szkoleniowej)

**ZAŚWIADCZENIE**

**o ukończeniu kursu**

Zaświadcza się, że Pan/i…………………………………………………………………………

(imię/imiona i nazwisko)

………………………..

(numer PESEL[[1]](#footnote-1))

ukończył/a kurs………………………………………………………………………………….

(forma i nazwa szkolenia)

…………………………………………………………………w wymiarze……………godzin

prowadzony przez……………………………………………………………………………….

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

(nazwa i adres instytucji szkoleniowej)

……………………………………………

(miejscowość, data)

Nr …………../20………..r.[[2]](#footnote-2)

………………………………….

(Podpis osoby upoważnionej przez instytucję szkoleniową przeprowadzającą szkolenie)

**Załącznik nr 4 do umowy**

**SUPLEMENT**

**do zaświadczenia o ukończeniu kursu nr …………………….**

**przeprowadzonego w okresie od dnia ……………….. do dnia ……………………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Tematy zajęć edukacyjnych** | **Wymiar godzin zajęć edukacyjnych** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

………………………………………………

(pieczęć imienna i podpis osoby upoważnionej  
 przez organizatora kształcenia)

# 

# Załącznik nr 5 do umowy

**LISTA OBECNOŚCI**

IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA SZKOLENIA…………………………………………

NAZWA SZKOLENIA………………………………………………………………………

**LEGENDA:**

**L4**-zwolnienie lekarskie

*Oryginał zwolnienia lekarskiego musi być dostarczony do PUP w Głogowie.*

**NB**- kursant nieobecny na zajęciach

*O każdej nieobecności osoby szkolonej na zajęciach, PUP w Głogowie musi zostać poinformowany* ***w ciągu 2 dni od daty wystąpienia nieobecności.***

**W –** dzień wolny od pracy (np. niedziela, święto)

**WH-** dni wolne od zajęć zgodnie z harmonogramem

**Listę obecności należy uzupełniać na bieżąco.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data szkolenia** | **Liczba godzin**  **zegarowych** | **Czas trwania szkolenia od…. do…… (wg harmonogramu)** | **Podpis uczestnika** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

………………………………………… ……………………………………

Pieczątka instytucji szkolącej podpis osoby upoważnionej



**Załącznik nr 6 do umowy**

**ANKIETA OCENY SZKOLENIA**

*Po zakończonym szkoleniu prosimy o wypełnienie poniższej ankiety, na podstawie której chcemy uzyskać Państwa opinię na temat przeprowadzonego szkolenia.*

*Prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania, poprzez zaznaczenie znakiem „X” wybranej odpowiedzi   
i /lub pisemną odpowiedź oraz ocenę w skali od 1 do 5.*

*Ankieta jest anonimowa*

1. **PŁEĆ**

* Kobieta
* Mężczyzna

1. **WIEK**

* do 25 lat
* 26-49 lat
* powyżej 50 lat

1. **POZIOM WYKSZTAŁCENIA**

* podstawowe
* zasadnicze zawodowe
* średnie ogólne
* średnie zawodowe (technikum, liceum zawodowe, liceum techniczne)
* pomaturalne
* wyższe ( w tym licencjat)

1. **CZAS POZOSTAWANIA BEZ PRACY**

* do 6 m-cy
* powyżej 6 do 12 m-cy
* powyżej 12 do 24 m-cy
* powyżej 24 m-cy

1. **MIEJSCE ZAMIESZKANIA**

* miasto
* wieś

**OGÓLNA OCENA KURSU:**

Jak ocenia Pan/Pani szkolenie (w skali 1-5, przy czym 1-negatywnie, 5- pozytywnie):

1 2 3 4 5

W jakim stopniu wiedza zdobyta na kursie będzie dla Pana/Pani przydatna (w skali 1-5, gdzie   
1- zdecydowanie nie, 5- zdecydowanie tak):

1 2 3 4 5

Co sądzi Pan/Pani na temat czasu trwania szkolenia, oraz programu (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź):

a) Szkolenie trwało: 🖵 zbyt długo 🖵 odpowiednio 🖵 zbyt krótko

b) Program był: 🖵 przeciążony 🖵 odpowiedni 🖵 nie wyczerpujący

O jakie zagadnienia powinno być poszerzone lub skrócone szkolenie:

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

**OCENA JAKOŚCI PRACY TRENERA/TRENERÓW:**

**Trener:**

Imię i nazwisko trenera

Jak Pan/Pani ocenia prowadzącego szkolenie jako trenera (w skali 1-5, gdzie 1- negatywnie,5- pozytywnie)

1 2 3 4 5

Czy trener był dobrze przygotowany merytorycznie do prowadzenia szkolenia (w skali 1-5, gdzie   
1- zdecydowanie nie, 5- zdecydowanie tak):

1 2 3 4 5

Czy treść szkolenia przekazywana była w zrozumiały i przystępny sposób (w skali 1-5, gdzie   
1- zdecydowanie nie, 5- zdecydowanie tak):

1 2 3 4 5

Czy trener odpowiadał na pytania, udzielał dodatkowych wyjaśnień (w skali 1-5, gdzie 1- zdecydowanie nie, 5- zdecydowanie tak):

1 2 3 4 5

Czy tempo prowadzenia szkolenia było odpowiednie (w skali 1-5, gdzie 1- zdecydowanie nie,   
5- zdecydowanie tak):

1 2 3 4 5

**Uwagi dotyczące pozostałych trenerów (z podaniem ich imienia i nazwiska):**

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

**OCENA ORGANIZACJI KURSU:**

Jak Pan/Pani ocenia usytuowanie ośrodka szkoleniowego (w skali 1-5, przy czym 1-negatywnie,   
5- pozytywnie)

1 2 3 4 5

Jak Pan/Pani ocenia wyposażenie techniczne (w skali 1-5, przy czym 1- negatywnie, 5- pozytywnie)

1 2 3 4 5

Jak Pan/Pani ocenia materiały szkoleniowe (drukowane i inne) (w skali 1-5, przy czym 1- negatywnie, 5-pozytywnie)

1 2 3 4 5

**INNE UWAGI, SPOSTRZEŻENIA I SUGESTIE**

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

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

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

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety !**

1. W przypadku osoby, która nie posiada numeru PESEL lub cudzoziemca, należy wpisać nazwę i numer dokumentu potwierdzającego jej tożsamość [↑](#footnote-ref-1)
2. Wpisać numer z ewidencji zaświadczeń prowadzonej przez instytucję szkoleniową. [↑](#footnote-ref-2)