



PROJEKT KONKURSOWY pn. „**POMYSŁ NA PRACĘ**” WSPÓLFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW
UNII EUROPEJSKIEJ W RAMACH EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO

Załącznik nr 8 do SIWZ Nr IR.272.1.5.2014.V

Załącznik Nr 1 do umowy Nr

.....
(pieczęć instytucji szkoleniowej)

PROGRAM SZKOLENIA

1. Nazwa instytucji szkoleniowej: _____

2. Adres: _____

Nr tel.: _____ Nr fax.: _____

Adres e-mail: _____

NIP _____ REGON _____

3. Nr wpisu do Rejestru Instytucji Szkoleniowych w WUP _____

4. Nazwisko i imię oraz stanowisko osoby uprawnionej do podpisywania umów (w przypadku osoby upoważnionej proszę załączyć stosowne pełnomocnictwo): _____

5. Nazwa i zakres szkolenia: _____

6. Czas trwania i sposób organizacji szkolenia (* niewłaściwe skreślić):

a) czas trwania szkolenia:

- w godzinach ogółem _____ godzin,
- zajęcia teoretyczne _____ godzin lekcyjnych / godzin zegarowych*,
- zajęcia praktyczne _____ godzin lekcyjnych / godzin zegarowych*,
- w dniach _____,
- częstotliwości zajęć: _____ razy w tygodniu.

b) liczba osób w grupie:

- zajęcia teoretyczne: _____,
- zajęcia praktyczne: _____,
- liczba osób pracujących przy jednym stanowisku podczas zajęcia praktycznych: _____,

c) planowany termin rozpoczęcia i zakończenia szkolenia: od _____ do _____

2. Miejsce szkolenia (należy podać dokładny adres):

a) zajęcia teoretyczne: _____

b) zajęcia praktyczne: _____



PROJEKT KONKURSOWY pn. „**POMYŚL NA PRACĘ**” WSPÓŁFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW
UNII EUROPEJSKIEJ W RAMACH EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO

Załącznik nr 8 do SIWZ Nr IR.272.1.5.2014.V

3. Materiały dydaktyczne, środki i sprzęt wykorzystywane podczas zajęć: _____

4. Materiały dydaktyczne jakie uczestnicy szkolenia otrzymują na własność (należy wskazać materiały szkoleniowe, które otrzyma uczestnik szkolenia na własność. W przypadku podręcznika – podać autora, tytuł, rok wydania, notatnika – określić ilość kartek i format):

5. Wykaz literatury (podać tytuł, autora i rok wydania):

6. Ilość i jakość pomieszczeń (ilość wyposażonych stanowisk niezbędnych do prawidłowej realizacji szkolenia) oraz wyposażenie w sprzęt i pomoce dydaktyczne do potrzeb szkolenia z uwzględnieniem bezpiecznych i higienicznych warunków realizacji szkolenia:

7. Wymagania wstępne dla uczestników szkolenia:
- a) najniższe wymagane wykształcenie (zaznaczyć odpowiednie):
- szkoła podstawowa,**
 - gimnazjum,
 - zasadnicza szkoła zawodowa,
 - szkoła średnia,
 - szkoła wyższa,
 - inne (wymienić jakie) _____
- b) umiejętności wymagane od kandydata: _____
- c) dodatkowe kwalifikacje: _____
- d) inne (wymienić jakie) _____



PROJEKT KONKURSOWY pn. „POMYŚL NA PRACĘ” WSPÓLFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW
UNII EUROPEJSKIEJ W RAMACH EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO

Załącznik nr 8 do SIWZ Nr IR.272.1.5.2014.V

11. Rodzaj dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia i uzyskanie kwalifikacji: _____

17. Posiadane przez instytucję szkoleniową certyfikaty jakości usług: _____

18. Przewidziane sprawdziany i egzaminy: _____

19. Preliminarz kosztów. Koszt szkolenia dla grupy _____ osób:

L.p.	Wyszczególnienie	Kwota w zł
1.	Wynagrodzenie wykładowców / instruktorów	
2.	Materiały, narzędzia i sprzęt konieczny do wykonania zamówienia	
3.	Wynajem lub eksploatacja sal i pomieszczeń	
4.	Materiały dydaktyczne, o których mowa w pkt 9	
5.	Egzamin wewnętrzny	
6.	Egzamin państwowy	
7.	Badania	
8.	Inne (wymienić jakie)	
9.	OGÓŁEM	
10.	Koszt szkolenia jednego uczestnika	

Koszt osobogodziny szkolenia (koszt szkolenia jednego uczestnika podzielony przez ilość godzin szkolenia)

_____ zł

PROJEKT KONKURSOWY pn. „POMYSŁ NA PRACĘ” WSPÓLFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW
UNII EUROPEJSKIEJ W RAMACH EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO

Załącznik nr 8 do SIWZ Nr IR.272.1.5.2014.V

UWAGA

Wszystkie pola muszą zostać uzupełnione. Wzoru programu nie należy modyfikować ani usuwać z niego żadnych elementów.

.....
(pieczęć i podpis Wykonawcy lub
osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)

Załącznik Nr 2 do umowy nr.....

.....
/pieczęć instytucji szkoleniowej/

HARMONOGRAM SZKOLENIA: _____

organizowanego przez: _____

odbywającego się w okresie od dnia _____ do dnia _____

L.p.	Data	Czas zajęć w godzinach (od – do)	W tym liczba przerw / minuty	Liczba godzin	Temat zajęć	Nazwisko i imię osoby prowadzącej zajęcia	Miejsce zajęć (dokładny adres)
Np.	07.03.2011 r.	8.00-14.30	3/10 min.	6	Podstawy masażu.	Jan Kowalski	ul. Jagiellońska 4 Częstochowa
1.							
2.							
3.							
4.							

PROJEKT KONKURSOWY pn. „POMYSŁ NA PRACĘ” WSPÓLFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW
UNII EUROPEJSKIEJ W RAMACH EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO

Załącznik nr 8 do SIWZ Nr IR.272.1.5.2014.V

5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



PROJEKT KONKURSOWY pn. „**POMYSŁ NA PRACĘ**” WSPÓLFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW
UNII EUROPEJSKIEJ W RAMACH EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO

Załącznik nr 8 do SIWZ Nr IR.272.1.5.2014.V

19.						
20.						
21.						
22.						
23.						

.....
/pieczęć i podpis osoby uprawnionej/

PROJEKT KONKURSOWY pn. „POMYSŁ NA PRACĘ” WSPÓŁFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW
UNII EUROPEJSKIEJ W RAMACH EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO
Załącznik nr 8 do SIWZ Nr IR.272.1.5.2014.V

Załącznik Nr 3 do umowy nr.....

.....
/pieczęć instytucji szkoleniowej/

LISTA OBECNOŚCI

NA SZKOLENIU

(nazwa szkolenia)

.....
(data)

L.p.	IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA SZKOLENIA	PODPIS UCZESTNIKA SZKOLENIA	od godz.	PODPIS UCZESTNIK A SZKOLENIA	do godz.
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					

.....
/pieczęć i podpis osoby uprawnionej/

Oznaczenia na liście obecności:

CH – choroba lub opieka (zgodnie z drukiem ZUS ZLA)

NU – nieobecność usprawiedliwiona (dzień niepłatny)

NN – nieobecność nieusprawiedliwiona (dzień niepłatny)

Uwaga ! Lista obecności musi być uzupełniana na bieżąco.

Listę obecności należy przefaksować w ostatnim dniu roboczym każdego miesiąca a następnie dostarczyć do Powiatowego Urzędu Pracy w Kłobucku do 3-go dnia roboczego każdego miesiąca.

PROJEKT KONKURSOWY pn. „POMYSŁ NA PRACĘ” WSPÓLFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW
UNII EUROPEJSKIEJ W RAMACH EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO

Załącznik nr 8 do SIWZ Nr IR.272.1.5.2014.V

Załącznik Nr 4 do umowy nr.....

ANKIETA EX POST DLA UCZESTNIKÓW SZKOLENIA

Szanowni Państwo,

Powiatowy Urząd Pracy w Kłobucku chciałby uzyskać Państwa opinię na temat kończącego się szkolenia. Jednym z zadań urzędu jest zapewnienie uczestnikom wysokiego poziomu szkolenia. Państwa opinia będzie bardzo przydatna zarówno dla nas, jak i dla instytucji szkolącej oraz pozwoli dostosować szkolenia oraz ich jakość do Państwa oczekiwań.

Prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania i przekazanie nam w miarę możliwości wyczerpujących informacji. Przy każdym pytaniu prosimy o zakreślenie krzyżykiem wybranej odpowiedzi.

Ankieta jest anonimowa.

I. INFORMACJE O OSOBIE WYPEŁNIAJĄCEJ:

1. Płeć:
 - a) kobieta,
 - b) mężczyzna.
2. Wiek:
 - a) 18-24 lata,
 - b) 25-34 lata,
 - c) 35-44 lata,
 - d) 45 lat i więcej.
3. Wykształcenie:
 - a) gimnazjalne i poniżej,
 - b) zasadnicze zawodowe,
 - c) średnie ogólnokształcące,
 - d) średnie zawodowe i policealne,
 - e) wyższe.
4. Czas pozostawania bez pracy:
 - a) do 6 miesięcy,
 - b) od 6 do 12 miesięcy,
 - c) powyżej 12 miesięcy.

II. OCENA SZKOLENIA:

1. Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z uczestnictwa w szkoleniu?
 - a) tak,
 - b) nie,
 - c) nie mam zdania.
2. Czy szkolenie spełniło Pana/Pani oczekiwania?
 - a) tak,
 - b) częściowo,
 - c) raczej nie,
 - d) zdecydowanie nie,
 - e) nie mam zdania.
3. Czy zakres tematyczny szkolenia – zdaniem Pana/Pani był wystarczający?



PROJEKT KONKURSOWY pn. „POMYSŁ NA PRACĘ” WSPÓLFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW
UNII EUROPEJSKIEJ W RAMACH EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO

Załącznik nr 8 do SIWZ Nr IR.272.1.5.2014.V

- a) tak,
- b) nie,
- c) nie mam zdania.

Jeżeli nie, to jakie zagadnienia byłyby niezbędne do uwzględnienia w programie szkolenia?

.....

4. Czy w zakresie tematycznym szkolenia były zagadnienia, które uważa Pan/Pani za zbędne?

- a) tak,
- b) nie,
- c) nie mam zdania.

Jeżeli tak, to jakie zagadnienia w programie szkolenia należałoby pominąć?

.....

5. Czy odpowiadał Panu/Pani sposób prowadzenia zajęć?

- a) tak,
- b) częściowo,
- c) nie,
- d) nie mam zdania,

Uwagi i propozycje na temat prowadzenia

zajęć:

.....

6. Jak ocenia Pan/Pani organizację zajęć pod względem (prosimy zastosować skalę od 1 do 5, gdzie 1 oznacza ocenę najniższą, a 5 najwyższą):

- a) czasu, w który się odbywały,
- b) miejsca szkolenia,
- c) warunków lokalowych,
- d) wyposażenia technicznego,
- e) poziomu wiedzy prowadzącego zajęcia,
- f) zdolności przekazywania umiejętności

7. Czy zdaniem Pana/Pani ukończone szkolenie zwiększy szansę znalezienia pracy?

- a) tak,
- b) nie,
- c) nie mam zdania.

8. Czy zamierza Pan/Pani poszukiwać pracy zgodnie z uzyskanymi w wyniku szkolenia umiejętnościami?

- a) tak,
- b) nie.

Jeżeli nie, prosimy o krótkie uzasadnienie dlaczego?

.....

.....

9. Uwagi i propozycje dotyczące zakończonego szkolenia:

.....

.....

10. Proszę podać inne kierunki szkoleń, odbyciem których byłby/byłaby Pan/Pani zainteresowany/a w przyszłości:

.....

.....

Data

PROJEKT KONKURSOWY pn. „**POMYŚL NA PRACĘ**” WSPÓŁFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW
UNII EUROPEJSKIEJ W RAMACH EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO
Załącznik nr 8 do SIWZ Nr IR.272.1.5.2014.V
DZIĘKUJEMY

.....
/pieczęć instytucji szkoleniowej/

Załącznik Nr 5 do umowy nr.....

(pieczęć lub pełna nazwa jednostki szkoleniowej)

ZAŚWIADCZENIE

.....
(imię i nazwisko uczestnika)

.....
*(data i miejsce urodzenia, nr PESEL lub nr dokumentu tożsamości,
w przypadku cudzoziemców nr dokumentu stwierdzającego tożsamość)*

ukończył szkolenie:

.....
(nazwa szkolenia)

W OKRESIE:

(termin szkolenia)

zorganizowany przez:

.....

CELEM SZKOLENIA BYŁO:

(miejsce i data wystawienia zaświadczenia)

(nr zaświadczenia)



PROJEKT KONKURSOWY pn. „POMYSŁ NA PRACĘ” WSPÓLFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW
UNII EUROPEJSKIEJ W RAMACH EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO
Załącznik nr 8 do SIWZ Nr IR.272.1.5.2014.V
(podpis osoby upoważnionej
do wystawienia zaświadczenia)

PROGRAM SZKOLENIA

<i>Lp.</i>	<i>Nazwa zajęć edukacyjnych</i>	<i>Wymiar godzin zajęć edukacyjnych</i>
1.		
1		
2.		
2		
3.		
3		
4.		
4		
5.		
5,		
6.		
6.		
7.		
7,		
8.		
8.		
9.		
9.		
1		
0		
1		
1		
1		
2		
	<i>RAZEM</i>	

.....
(podpis osoby upoważnionej do
wystawienia zaświadczenia)

REJESTR WYDANYCH ZAŚWIADCZEŃ LUB INNYCH DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH UKOŃCZENIE SZKOLENIA I UZYSKANIE UMIEJĘTNOŚCI

Nazwa szkolenia _____

Termin szkolenia _____

Numer zaświadczenia	Imię i nazwisko uczestnika szkolenia	PESEL lub w przypadku cudzoziemca numer dokumentu stwierdzającego tożsamość	Data wydania zaświadczenia

.....
/pieczęć i podpis osoby uprawnionej/