……………………….……………………………..……... **Załącznik nr 6 do Wniosku**

 pieczęć Realizatora

**PROGRAM KURSU**

**Nazwa kursu:……………………………………………………………………….…………………………………** *(zgodna z załącznikiem 5, częścią C1 i D1 wniosku)*

***Nazwa Realizatora kursu:………………………………………………………………………………………***

***Adres siedziby Realizatora kursu:………………………………………………………………………....***

***Adres miejsca realizacji kursu:……………………………………………………………………………...***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Temat zajęć edukacyjnych** | **Opis treści szkolenia w ramach poszczególnych tematów zajęć edukacyjnych**  | **Liczba godzin zajęć teoretycznych** (*zgodnie z pkt.1a w załączniku nr 5 w Ofercie Realizatora)* | **Liczba godzin zajęć praktycznych**(*zgodnie z pkt.1a w załączniku nr 5 w Ofercie Realizatora)* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **RAZEM LICZBA GODZIN KURSU** |  |  |

**Zakres nabytych przez uczestników kwalifikacji, rodzaj uprawnień, umiejętności, kompetencji: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

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

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

**Sposób sprawdzania efektów kursu:**

* Sprawdzian
* Egzamin ( jaki: zewnętrzny/ wewnętrzny)……………………………………………………………….
* Inny (jaki?)………………………………………………………………………………………………..

**Należy opamiętać, aby cena szkolenia zawierała wyłącznie koszty kształcenia ustawicznego, cena kosztów przejazdów, wyżywienia czy noclegu nie podlega finansowaniu z Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Kwota netto (bez podatku VAT) w zł.** |
| **Wynagrodzenia:** | ***Razem……………….zł, w tym:*** |
| Wykładowców |  |
| Pracownicy obsługi kursu |  |
| Inne (proszę wskazać jakie): |  |
| **Wydatki na materiały:** | ***Razem……………….zł, w tym:*** |
| Środki dydaktyczne, materiały pomocnicze |  |
| Inne (proszę wskazać jakie): |  |
| **Koszty dodatkowe:** | ***Razem……………….zł, w tym:*** |
| **Badania lekarskie i/lub badania psychologiczne** |  |
| Egzamin wewnętrzny |  |
| Egzamin zewnętrzny |  |
| Ubezpieczenie NNW |  |
| Inne (proszę wskazać jakie): |  |
| **Amortyzacja:** | ***Razem……………….zł, w tym:*** |
| Koszt eksploatacji sprzętu |  |
| Koszt eksploatacji pomieszczeń |  |
| Inne (proszę wskazać jakie): |  |
| **Koszt na jednego uczestnika kursu netto ( bez VAT)\*** |  |
| **Koszt osobogodziny kursu**  |  |

*\*Należy wskazać koszt jednostkowy kursu bez podatku VAT, w związku ze zwolnieniem z podatku od towarów
i usług kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego finansowanych w co najmniej 70% ze środków publicznych na podstawie § 3 ust. 1 pkt. 14 Rozporządzenia Ministra Finansów z 20 grudnia 2013r.
 w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych* zwolnień *(Dz. U. z 2018 r. poz. 701)*

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

Data,pieczęć i podpis Realizatora kursu