**Załącznik Nr 2**

**do zasad wyboru instytucji szkoleniowych**

**do przeprowadzenia szkoleń**

**dla osób bezrobotnych i poszukujących pracy**

**w Powiatowym Urzędzie Pracy**

**w Dąbrowie Tarnowskiej**

**……………………………………………..**

**(pieczęć instytucji szkoleniowej)**

**Formularz propozycji szkoleniowej do przeprowadzenia szkolenia**

……………………………………………………..……………………………….

(nazwa szkolenia)

1. **Dane instytucji szkoleniowej:**
2. Nazwa: ……..……..……………..…………………………………………………………..

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

1. Adres: ………..…..……………………………………………………………………….….
2. Telefon/ Fax: ……………………………………………………………………………...…
3. E-mail: …………………………………………………………………………………..……
4. Nr wpisu do Rejestru Instytucji Szkoleniowych: …………………………………………
5. Regon: ………………………………………………NIP: …………………………………
6. EKD/PKD: …………………………………………………………………..……………….
7. Konto bankowe: ……………………………………………………………………………..
8. Osoba do kontaktu …………………………………………..... tel. ………………….…...
9. Osoba upoważniona do podpisania umowy: ………………………………………..…...
10. Proponowany termin wykonania zamówienia: …………………………………………..
11. Informacja dotycząca posiadanych certyfikatów i zaświadczeń, które potwierdzają jakość świadczonych usług szkoleniowych (np. Certyfikat ISO, Akredytacja Kuratora Oświaty, inne) – **w przypadku posiadania należy dołączyć do Formularza propozycji szkoleniowej kserokopie dokumentów:**
12. …………………………………………………………………………………………...
13. …………………………………………………………………………………………...
14. …………………………………………………………………………………………...

**UWAGA!**

**Certyfikaty, akredytacje i zaświadczenia muszą być zgodne tematycznie z zakresem szkolenia.**

**Instytucja szkoleniowa obowiązana jest dołączyć do oferty szkoleniowej dokumenty wymagane w Formularzu propozycji szkoleniowej oraz jego załącznikach.**

**W przypadku ich niedoręczenia, informacje zawarte w ofercie nie będą punktowane.**

……………………………………………

/miejscowość, data/

 ………………………………………………

/pieczęć i podpis osoby upoważnionej

do reprezentowania Instytucji Szkoleniowej/

**Wymagane załączniki:**

* + - 1. **Załącznik Nr 1 – Program szkolenia**
			2. **Załącznik Nr 2 - Kalkulacja kosztów szkolenia**
			3. **Załącznik Nr 3 – Wykaz kadry dydaktycznej**
			4. **Załącznik Nr 4 - Wykaz potencjału technicznego (na potrzeby realizacji szkolenia)**
			5. **Załącznik Nr 5 – Harmonogram szkolenia**

**Załącznik Nr 1**

**do Formularza propozycji szkoleniowej**

**…….…….……………………………**

**(pieczęć instytucji szkoleniowej)**

**PROGRAM SZKOLENIA**

1. **Nazwa szkolenia** ………………………………………………………………………...…

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

1. **Zakres szkolenia** …………………………………………………………………………..

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

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

1. Czy zakres szkolenia jest dostosowany do identyfikowanego na rynku pracy zapotrzebowania na kwalifikacje? **TAK/NIE\***
2. Czy instytucja szkoleniowa na potrzeby realizacji programu szkolenia wykorzystuje standardy kwalifikacji zawodowych i modułowe programy szkoleń zawodowych dostępne w bazach danych prowadzonych przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki społecznej? **TAK/NIE**

Jeżeli TAK proszę o podanie nazwy zawodu zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności oraz kodu zawodu.

1. Czy program szkolenia jest zgodny z odrębnymi obowiązującymi przepisami, ustawami i rozporządzeniami warunkującymi realizację danego szkolenia w określonej branży zawodowej (np. Instytutu Spawalnictwa, Instytutu Mechanizacji Budownictwa i Górnictwa Skalnego itp.)? **TAK/NIE**

Jeżeli TAK proszę wskazać podstawę jego stosowania przy realizacji szkolenia

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

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

1. **Czas trwania i sposób organizacji szkolenia:**
2. Liczba godzin szkolenia ogółem, zgodna z programem szkolenia ………., w tym:

- zajęcia teoretyczne - ……….. godzin/y

- zajęcia praktyczne - ………… godzin/y

- liczba godzin zajęć w tygodniu ………… - zgodnie z wymogami zawartymi w art. 40 ust 4 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, tj. plan nauczania obejmuje przeciętnie nie mniej niż 25 godzin zegarowych w tygodniu, chyba że przepisy odrębne przewidują niższy wymiar godzin szkolenia (bez sobót, niedziel oraz dni ustawowo wolnych od pracy).

**b)** Miejsce odbywania zajęć teoretycznych (proszę podać dokładny adres) …………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. Miejsce odbywania zajęć praktycznych (proszę podać dokładny adres) ………….

……………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………..

1. Sposób organizacji zajęć praktycznych określonych w programie szkolenia – należy podać sposób prowadzenia zajęć - metody, techniki, rodzaje stosowanego sprzętu i urządzeń ..................................................................................................

………………………………………………………………………………………..……

……………………………………………………………………………………..………

oraz:

- ilości godzin zajęć teoretycznych do praktycznych w zależności od specyfiki szkolenia………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………..……

……………………………………………………………………………………………..

- liczba uczestników w grupie podczas zajęć praktycznych ………………………..

…………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………..

- liczba uczestników szkolenia przypadających na jedno stanowisko podczas zajęć praktycznych (tj. urządzenie, komputer, sprzęt itp.)……………………………

……………………………………………………………………………..………………

……………………………………………………………………..………………………

1. **Wymagania wstępne dla uczestników szkolenia:**
2. Wymagane wykształcenie: …………………………………………………….……...
3. Wymagane umiejętności: ……………………………………………………..……….

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

1. Wymagane badania lekarskie niezbędne do uczestnictwa w szkoleniu …………

............................................................................................................................... Inne - jakie? ……………………………………………………………………………..

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

1. **Cele szkolenia ujęte w kategoriach efektów uczenia się z uwzględnieniem wiedzy, umiejętności komputerowych i kompetencji społecznych**: ……………

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

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

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

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

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

1. **Plan nauczania:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Tematy zajęć edukacyjnych | Opis treści szkolenia w zakresie poszczególnych zajęć edukacyjnych | Liczba godzin teoretycznych | Liczba godzin praktycznych |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  Razem: |  |  |

1. **Wykaz literatury**: …………………………………………………………………………

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

1. **Wykaz niezbędnych środków i materiałów dydaktycznych udostępnionych uczestnikom szkolenia:**
2. …………………………………………………………………………………………...
3. …………………………………………………………………………………………...
4. ……………………………………………………………………….…………………..
5. **Przewidziane sprawdziany i egzaminy:** ………………………………………………

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

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

**W przypadku egzaminów określonych odrębnymi przepisami:**

1. Nazwa egzaminu ………………………………………………………………………..
2. Nazwa instytucji egzaminującej …………………………………………………….....

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

1. Rodzaj uzyskanych uprawnień …………………………………………….………….
2. Przewidywany termin przeprowadzenia egzaminu………………………………….
3. **Rodzaj dokumentów potwierdzających ukończenie szkolenia i uzyskanie kwalifikacji -należy podać pełną nazwę wraz z podstawa prawną jego wydania:** ……………………………………………………………………………………...…………

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

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

**Powiatowy Urząd Pracy wymaga, aby zajęcia szkoleniowe były prowadzone w formie on – line do czasu ustania zagrożenia związanego z COVID – 19.
W związku z powyższym prosimy o wskazanie platformy za pomocą której prowadzone będą zajęcia on – line z wykorzystaniem środków przekazu multimedialnego:**

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

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

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

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

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

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

……………………………………………

/miejscowość, data/

……………………………………………………

/pieczęć i podpis osoby upoważnionej

do reprezentowania Instytucji Szkoleniowej/

**Załącznik Nr 2**

**do Formularza propozycji szkoleniowej**

**…….…….……………………………**

**(pieczęć instytucji szkoleniowej)**

**KALKULACJA KOSZTÓW SZKOLENIA**

**Nazwa szkolenia …………………………………………………...………………………….**

**W kalkulacji kosztów szkolenia nie należy uwzględniać kosztów badań lekarskich!**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj kosztu** | **Kwota** |
| **1.** | Koszty zajęć praktycznych |  |
| **2.** | Koszty zajęć teoretycznych |  |
| **3.** | Koszt materiałów dydaktycznych  |  |
| **4.** | Obsługa administracyjna szkolenia  |  |
| **5.** | Koszty wynajmu/eksploatacji pomieszczeń |  |
| **6.** | Koszt egzaminu (jeżeli jest przewidziany lub gdy zamawiający określi to w zapytaniu o ofertę szkoleniową) |  |
| **7.** | Koszt ubezpieczenia uczestników (jeżeli zamawiający wymaga ubezpieczenia uczestników szkolenia) |  |
| **8.** | Inne ( jakie? )………………………………….….(nie należy uwzględniać kosztów cateringu – chyba, że zamawiający określi wymagania w tym zakresie) |  |
|  | **KOSZT SZKOLENIA OGÓŁEM:** |  |
|  | Koszt szkolenia jednej osoby  |  |
|  | Koszt jednej osobogodziny  |  |

**Instytucja Szkoleniowa** obowiązana jest ubezpieczyć od następstw nieszczęśliwych wypadków uczestników szkolenia wskazanych przez Zamawiającego tj.:

**-** osoby które w trakcie szkolenia podjęły zatrudnienie, inną prace zarobkową lub działalność gospodarczą, i którym przysługuje stypendium o którym mowa w art. 41 ust 3b ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2020 r., poz. 1409 z późn. zm.),

 - osoby, którym nie przysługuje stypendium na podstawie art. 41 ust. 1 w związku z art. 41 ust 1b ustawy – pobierające zasiłek w okresie realizacji szkolenia.

……………………………………………

/miejscowość, data/

……………………………………………………

/pieczęć i podpis osoby upoważnionej

do reprezentowania Instytucji Szkoleniowej/

**Załącznik Nr 3**

**do Formularza propozycji szkoleniowej**

**…….…….……………………………**

**(pieczęć instytucji szkoleniowej)**

**WYKAZ KADRY DYDAKTYCZNEJ**

1. **W poniższym wykazie należy wskazać kadrę dydaktyczną, której kwalifikacje i doświadczenie są zgodne z planowanym kierunkiem szkolenia,**
2. **Proszę wskazać wyłącznie kadrę, która będzie brała udział w realizacji szkolenia.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Proponowany zakres zadań (zakres tematyczny prowadzonych zajęć teoretycznych/praktycznych)** | **Kwalifikacje** **(Poziom wykształcenia – uzyskany tytuł, kwalifikacje oraz specjalizacja)** | **Doświadczenie zawodowe niezbędne do prowadzenia zajęć na wskazanym szkoleniu**  | **Uprawnienia pedagogiczne****(nazwa ukończonych kursów, uzyskanych uprawnień pedagogicznych****TAK/NIE** |
|  |  |  | * 0-2 lat
* Powyżej 2 lat do 5 lat
* Powyżej 5 lat
 |  |
|  |  |  | * 0-2 lat
* Powyżej 2 lat do 5 lat
* Powyżej 5 lat
 |  |
|  |  |  | * 0-2 lat
* Powyżej 2 lat do 5 lat
* Powyżej 5 lat
 |  |

**UWAGA ! Do powyższego wykazu należy dołączyć !!!:**

1. **CV kadry dydaktycznej zawierające:**
* **szczegółowy opis przebiegu doświadczenia zawodowego niezbędnego do prowadzenia zajęć na wskazanym szkoleniu według zasady od (dd/mm/rrrr) do (dd/mm/rrrr) wraz z nazwą pracodawcy czy instytucji w której świadczono pracę oraz określeniem nazwy zajmowanego stanowiska lub rodzaju wykonywanej pracy,**
* **informacje dotyczące posiadanych kwalifikacji, poziomu wykształcenia, ukończonych kursów oraz uprawnień pedagogicznych.**

……………………………………………

/miejscowość, data/

……………………………………………………

/pieczęć i podpis osoby upoważnionej

do reprezentowania Instytucji Szkoleniowej/

**Załącznik Nr 4**

**do Formularza propozycji szkoleniowej**

…….…….……………………………

(pieczęć instytucji szkoleniowej)

**WYKAZ POTENCJAŁU TECHNICZNEGO**

**(na potrzeby realizacji szkolenia)**

**Nazwa szkolenia …………………………………………………………………………….**

1. Informacja o ilości i jakości pomieszczeń, w których będą realizowane zajęcia teoretyczne i praktyczne:

Powierzchnia sali wykładowej - …………………m2, ilość pomieszczeń…..………….

Opis warunków lokalowych sali wykładowej ……………………...……………………..

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

Opis warunków lokalowych oraz zaplecza wykorzystywanego do zajęć praktycznych………………………………………………………………………………..

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

Podstawa dysponowania lokalem/zapleczem do zajęć praktycznych ………………..

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

Wyposażenie sali wykładowej …………………………………………………………….

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

Wyposażenie zaplecza do zajęć praktycznych ………………………………………….

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

|  |
| --- |
| **INFORMACJA O WYPOSAŻENIU W SPRZĘT, URZĄDZENIA I ŚRODKI DYDAKTYCZNE DO PROWADZENIA ZAJĘĆ TEORETYCZNYCH I PRAKTYCZNYCH** |
| Nazwa i rodzaj sprzętu oraz środków dydaktycznych | Ilość | Rok produkcji | Podstawa dysponowania | Stan techniczny |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

……………………………………………

/miejscowość, data/

……………………………………………………

/pieczęć i podpis osoby upoważnionej

do reprezentowania Instytucji Szkoleniowej/

**UWAGA!**

**Powiatowy Urząd Pracy w Dąbrowie Tarnowskiej zastrzega sobie prawo do sprawdzenia jakości stanu technicznego przedłożonego w powyższym wykazie wyposażenia podczas kontroli zajęć szkoleniowych.**

**Załącznik Nr 5**

**do Formularza propozycji szkoleniowej**

**…….…….……………………………**

**(pieczęć instytucji szkoleniowej)**

**HARMONORGAM SZKOLENIA**

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

(nazwa szkolenia)

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

(imię i nazwisko uczestnika szkolenia)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Data** | **Godziny realizacji zajęć****od - do** | **Liczba godzin** | **Temat zajęć** | **Rodzaj zajęć****(T/P)\*** | **Prowadzący** | **Miejsce odbywania zajęć** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

\*T – zajęcia teoretyczne, P – zajęcia praktyczne

……………………………………………

/miejscowość, data/ ……………………………………………………

 /pieczęć i podpis osoby upoważnionej

**UWAGA!**

**Na podstawie terminów określonych w niniejszym harmonogramie zostanie sporządzona umowa szkoleniowa.**

**Instytucja szkoleniowa zobowiązana jest przedłożyć niniejszy harmonogram najpóźniej w dniu poprzedzającym zawarcie umowy.**