**[](https://www.google.pl/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&ved=0ahUKEwjd0d7YkenZAhWHFSwKHQFGAAUQjRwIBg&url=http://power.wup.kielce.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=143:w%C5%82a%C5%9Bciwa-wizualizacja-dokument%C3%B3w-w-ramach-programu-operacyjnego-wiedza-edukacja-rozw%C3%B3j&catid=9&Itemid=795&psig=AOvVaw1BoidsZo1fzVCAIA1I4djO&ust=1521024957325871)**

**Formularz propozycji szkoleniowej**

1. **Dane instytucji szkoleniowej:**

Nazwa firmy: ……..……………..………………………………………………………………………

Adres siedziby: …..………………………………………………………………………………………

Telefon/ Fax: ……………………………………………………………………………………………..

E-mail: …………………………………………………………………………………………………...

Regon: ………………………………………………NIP: ……………………………………………...

EKD/PKD: ……………………………………………………………………………………………….

Konto bankowe: ………………………………………………………………………………………….

Osoba upoważniona do podpisywania umów: …………………………………………………………..

Okres ważności propozycji szkolenia: …………………………………………………………………..

**Forma prawna:** (proszę określić oraz jeśli podmiot jest wpisany do rejestru oraz zaznaczyć właściwy) …………………………………........................................................................................

**wpisana do KRS pod nr** ……....…………

**wpisana do CEIDG**

1. **Nazwa szkolenia:**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Dostosowanie programu szkolenia odpowiednio do zapotrzebowania na kwalifikacje identyfikowanego na rynku pracy, zapotrzebowanie na | | | | | | | | | | |
| Wykorzystanie standardów kwalifikacji zawodowych i modułowych programów szkoleń zawodowych, dostępnych w bazach danych prowadzonych przez Ministra Pracy i Polityki Społecznej | | | | | | | | | TAK/NIE | |
| Zgodność programu szkolenia z obowiązującymi odrębnymi przepisami lub wytycznymi właściwych instytucji (np.. Instytutu Spawalnictwa, Ośrodka Doskonalenia Kadr, Instytut Mechanizacji Budownictwa i Górnictwa Skalnego) *jeżeli dotyczy* | | | | | | | | | TAK/NIE | |
| 2. | Miejsce organizacji szkolenia:  a) zajęcia teoretyczne: ...........................................................................................  b) zajęcia praktyczne: ............................................................................................. | | | | | | | | | | |
| Harmonogram zajęć uwzględnia wymogi zawarte w art. 40 ust. 4 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, tj. plan nauczania obejmuje przeciętnie nie mniej niż 25 godz. zegarowych w tygodniu | | | | | | | | | TAK/NIE | |
| 3. | Kwalifikacje kadry dydaktycznej zgodne z kierunkiem szkolenia *Proszę podać wyłącznie kadrę, która będzie brała udział w realizacji szkolenia.* | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko | Przedmiot zajęć | | Wykształcenie/ kierunek | | Kwalifikacje (jeśli dotyczy) | | Doświadczenie zawodowe | | Uprawnienie pedagogiczne TAK/NIE | |
|  |  | | * Zasadnicze zawodowe/   …………………………   * Średnie/   ……………   * Wyższe/   …………… | | * Mistrz * Czeladnik * Instruktor praktycznej nauki zawodu * Instruktor inny | | * 1 do 3 lat * 4 do 5 lat * powyżej 5 lat | |  | |
|  |  | | * Zasadnicze zawodowe/   …………………………   * Średnie/   …………………………   * Wyższe/   ……………………..…. | | * Mistrz * Czeladnik * Instruktor praktycznej nauki zawodu * Instruktor inny | | * 1 do 3 lat * 4 do 5 lat * powyżej 5 lat | |  | |
|  |  | | * Zasadnicze zawodowe/   …………………………   * Średnie/   …………………………   * Wyższe/   ……………………..…. | | * Mistrz * Czeladnik * Instruktor praktycznej nauki zawodu * Instruktor inny | | * 1 do 3 lat * 4 do 5 lat * powyżej 5 lat |  | |
| 4. | Informacja o ilości i jakości pomieszczeń, w których będą realizowane zajęcia teoretyczne i praktyczne: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | |
| Informacja o wyposażeniu w sprzęt, urządzenia i środki dydaktyczne do prowadzenia zajęć teoretycznych i praktycznych | | | | | | | | | |
| Nazwa i rodzaj sprzętu oraz środków dydaktycznych | | Ilość sztuk | | Rok produkcji | | Własny/ dzierżawiony | | Stan techniczny | |
|  | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |  | |
| Liczba osób przypadająca na 1 stanowisko zajęć praktycznych: …………………………………... | | | | | | | | | |
| Instytucja szkoleniowa zapewnia uczestnikom szkolenia materiały dydaktyczne w formie: ..................................................................................................................  …………………….……………………………………………………………….. | | | | | | | | | TAK/NIE |
| 5. | Instytucja szkoleniowa posiada certyfikat jakości usług dotyczący tego konkretnego kierunku szkolenia: …………………………………………………..  Certyfikat jakości usług może dotyczyć zarówno kierunku szkolenia , na które Wykonawca złoży ofertę, jak również Wykonawcy jako instytucji szkoleniowej świadczącej usługi szkoleniowe. Będą brane pod uwagę różne formy certyfikatów, np. Certyfikaty Systemu Zarządzania ISO, akredytacje np. Kuratora Oświaty, Polskiego Towarzystwa Informatycznego, Polskiego Biura Europejskiego Certyfikatu Umiejętności Komputerowych, atesty itp | | | | | | | | | TAK/NIE |
| 6. | Rodzaj dokumentów potwierdzających ukończenie szkolenia i uzyskanie kwalifikacji: ............................................................................................................................................................. | | | | | | | | | |
| 7. | Koszt szkolenia ogółem (bez uwzględnienia badań lekarskich i psychologicznych): ............................  Koszt 1 osobogodziny szkolenia: ..............................................  ***W tym na koszt szkolenia ogółem składają się:***  Należność przysługująca instytucji szkoleniowej dla 1 osoby: …………………………...  Koszt egzaminu państwowego: ................................................. Koszt zakwaterowania: ............................................................. Koszt transportu uczestników szkolenia: ..................................  Koszt ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków\*: ………………………… | | | | | | | | | |
| 8. | Sposób organizacji zajęć praktycznych określonych w programie szkolenia: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | |
| 9. | Ilość zorganizowanych szkoleń w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania propozycji szkoleniowych:  □ 1-5 szkoleń □ 5-10- szkoleń □ powyżej 10 szkoleń | | | | | | | | | |
| 10. | Proponowany termin rozpoczęcia szkolenia: …………………………………………….. | | | | | | | | | |

Załączniki do formularza propozycji szkoleniowej:

1. Program szkolenia – zgodnie z podanym wzorem
2. Kopia zaświadczenia o posiadaniu akredytacji potwierdzającej spełnianie określonych wymogów i zapewnianie wysokiej jakości prowadzonego kształcenia, jeśli posiada
3. Kopia certyfikatu jakości usług, jeśli posiada.

Jednocześnie w imieniu reprezentowanej przeze mnie instytucji szkoleniowej oświadczam, że:

1. posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania,
2. posiadam wiedzę i doświadczenie
3. dysponujemy odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
4. znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
5. instytucja szkoleniowa nie podlega wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia
6. nie jestem powiązany osobowo lub kapitałowo ze zleceniodawcą. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między zleceniodawcą a zleceniobiorcą, polegające w szczególności na:

- uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,

- posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji,

- pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika

- pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

..……………..………, dnia ……………….

…………………..…………………………….

podpis osoby uprawnionej

\*) Koszt ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków uczestnika szkolenia, jeżeli nie posiada on prawa do stypendium lub jeżeli w trakcie szkolenia podejmie zatrudnienie, inną pracę zarobkową lub działalność gospodarczą.