Załącznik nr 5 do zapytania ofertowego nr 3/ZO/EDUA/2017

ZS.DZ.334.4.2017.AMC

**PROGRAM ZAJĘĆ - WZÓR**

Dotyczy zamówienia: pn.: **Świadczenie usług edukacyjnych w zakresie przeprowadzenia szkoleń doskonalących dla uczniów Technikum w Gronowie, kształcącym w zawodzie technik pojazdów samochodowych, w ramach realizacji projektu: „EduAkcja   
w technikach”** nr RPKP.10.02.03-IZ.00-04-007/16**,** realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020,   
Oś Priorytetowa 10 Innowacyjna Edukacja, Działanie 10.2 Kształcenie ogólne i zawodowe, Poddziałanie 10.2.3 Kształcenie zawodowe.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy** | |  | | | |
| **Numer części:  Nazwa szkolenia:** | |  | | | |
| **Cel zajęć** | |  | | | |
| **Szczegółowy opis zajęć** | | ***Opis metod pracy, zastosowanych pomocy dydaktycznych, materiałów*** | | | |
| **Szczegółowe wskazanie sprzętu, urządzeń, narzędzi wykorzystywanych  w trakcie zajęć** | | ***Opis metod pracy, zastosowanych pomocy dydaktycznych, materiałów*** | | | |
| **Szczegółowy opis systemu ewaluacji** | | ***Fakt nabycia kompetencji zawodowych powinien być weryfikowany wg następujących etapów:***  ***ETAP I – Zakres – zdefiniowanie w ramach programu nauczania grupy docelowej objętej zajęciami,***  ***ETAP II – Wzorzec – zdefiniowanie standardu wymagań tj. efektów uczenia się, które osiągną uczniowie w wyniku przeprowadzonych zajęć,***  ***ETAP III – Ocena – przeprowadzenie weryfikacji na podstawie opracowanych kryteriów oceny po zakończeniu zajęć,***  ***ETAP IV – Porównanie – porównanie uzyskanych wyników etapu III  z przyjętymi wymogami (określonymi na etapie II efektami uczenia się) po zakończeniu zajęć ucznia*** | | | |
| **Lp.** | **Temat zajęć** | | **Liczba godzin** | **Efekty/zakres nabywanych przez uczennice/ucznia kompetencji** | **Trener / wykładowca**  **(imię i nazwisko)** |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
| **SUMA GODZIN** | | |  |  | |
| **SUMA GODZIN ZAJĘĆ TEORETYCZNYCH** | | |  |
| **SUMA GODZIN ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH** | | |  |

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

*(data i podpis Wykonawcy / osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)*