Załącznik nr 5 do zapytania ofertowego nr 1/ZO/EDUA/2018

ZS.DZ.334.1.2018.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 i technik logistyk oraz nauczycieli Zespołu Szkół, Centrum Kształcenia Ustawicznego w Gronowie w ramach realizacji projektu: „EduAkcja w technikach”** nr RPKP.10.02.03-04-0007/16**,** 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)*