

PROGRAM	
<input type="checkbox"/> KURSU	<input type="checkbox"/> STUDIÓW PODYPLOMOWYCH
PEŁNA NAZWA KSZTAŁCENIA*	
LICZBA GODZIN KSZTAŁCENIA*	
CELE SZKOLENIA* ujęte w kategoriach efektów uczenia się, które należy odznaczyć w obszarze:	Wiedzy:
	Umiejętności:
PLAN NAUCZANIA*	TEMATY ZAJĘĆ EDUKACYJNYCH
FORMA ZALICZENIA*	<input type="checkbox"/> egzamin wewnętrzny: <ul style="list-style-type: none"> a) <input type="checkbox"/> pisemny b) <input type="checkbox"/> ustny c) <input type="checkbox"/> praktyczny
	<input type="checkbox"/> zaliczenie z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość <input type="checkbox"/> frekwencja <input type="checkbox"/> inna, tj.: <input style="width: 150px;" type="text"/>

* wypełnić obowiązkowo

.....
pieczęć firmowa i podpis osoby sporządzającej dokument,
bądź czytelnie imię i nazwisko oraz NIP firmy