**HARMONOGRAM**

**SZKOLENIA I/LUB STUDIÓW PODYPLOMOWYCH I/LUB EGZAMINU**

Nazwa szkolenia i/lub studiów podyplomowych i/lub egzaminu

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp.  dni szkole-nia | Data | Liczba godzin w danym dniu | Zakres godzin  od ...do…  *(np. od 8:00 do 15:00)* | Temat zajęć | Nazwisko i imię osoby prowadzącej zajęcia | Miejsce szkolenia  - adres |
| 1.dzień  2.dzień  ….. |  |  |  |  |  |  |

………………………………………………….

( podpis i pieczęć kierownika szkolenia bądź osoby uprawnionej )