****

**KARTA ZGŁOSZENIA UDZIAŁU NAUCZYCIELI**

# **W SZKOLENIU ZESPOŁU NAUCZYCIELI SZKOŁY/PLACÓWKI**

**(NAUCZYCIELI RADY PEDAGOGICZNEJ)**

**W ROKU SZKOLNYM 2018/2019**

Nazwa szkolenia:

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

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

……………………………………………………………………. symbol (według *Informatora*)...................................................................................................

**Dane ODBIORCY – do faktury**

Nazwa szkoły (placówki): ………................................................................……………………………………………………............................................................................................................

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

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

Powiat, gmina: ..........................................………………………..…...………………………………………………………………………………………………………………..…………

Telefon: ……................................................………………………….………..……………………………………………………………………………………………………….……….……..

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

**Dane NABYWCY – do faktury**

Nazwa organu:

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

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

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

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

Proponowany termin (dzień, miesiąc, rok, godziny) szkolenia: …....................................................................................….……….

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

Miejsce szkolenia: ……………………………….................................……..……………………………………………………………………………………………….….…………….….

Liczba nauczycieli: ………….........................................................……………………………………………………………………………………..…………………………….…….

Niniejsze szkolenie jest:

* 1. pierwszą 🞏 b) drugą 🞏 c) trzecią lub kolejną 🞏

formą doskonalenia realizowaną w bieżącym roku szkolnym przez CDN w Koninie.

Uwagi: .............................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................

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

Pieczątka szkoły Data Podpis dyrektora