

**KARTA ZGŁOSZENIA UDZIAŁU NAUCZYCIELI**

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

**(NAUCZYCIELI RADY PEDAGOGICZNEJ)**

**W ROKU SZKOLNYM 2019/2020**

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*