**Zgłoszenie zapotrzebowania na szkolenie Zespołu Nauczycieli**

**w r. szk. 2019 / 2020**

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA SZKOŁA / PLACÓWKA** |
| **Nazwa szkoły/placówki**(adres, telefon/fax, pieczątka) |  |
| **Osoba do kontaktu**(telefon, email) |  |
| **Temat/zakres tematyczny szkolenia** |  |
| **Proponowany termin szkolenia** (data, godzina) |  |
| **Proponowana liczba godzin szkolenia** |  2 godziny 3 godziny |
| **Liczba uczestników szkolenia** |  |
| **Sprzęt w posiadaniu szkoły/placówki** | komputer |  | rzutnik pisma |  |
| rzutnik multimedialny |  | ekran |  |
| **Pieczątka i podpis dyrektora** |  |
| **WYPEŁNIA KONSULTANT CDN** |
| **Osoba prowadząca** |  |
| **Temat** |  |
| **Termin i godzina rozpoczęcia** |  |
| **Liczba godzin** |  |
| **Koszt** |  |
| **Wymagania sprzętowe** |  |
| **Data przyjęcia/zamknięcia zgłoszenia** |  |
| **Osoba odpowiedzialna z ramienia CDN** |  |