**PRIHLÁŠKA NA VZDELÁVANIE**

poskytovateľom vzdelávania

|  |
| --- |
| **OZ za zdravší život, Komárnická 16955/11, Bratislava** |

V zmysle § 67 ods. 5 zákona 139/2019 Z.z. o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

|  |  |
| --- | --- |
| **Druh vzdelávania** | **Inovačné** vzdelávanie rozsah: **55 hodín**, forma**: kombinovaná** (prezenčná 40 hod a dištančná 15 hod)  Číslo vydania potvrdenia na poskytovanie inovačného vzdelávania : **30/2020 - IV** |
| **Názov vzdelávacieho programu** | **Zdravotné cvičenia súčasť telesnej výchovy a voľnočasových aktivít detí a žiakov** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Titul, Meno a Priezvisko** |  | | Rodné priezvisko | |  |
| **Dátum narodenia** |  | | **Miesto narodenia** | |  |
| **Adresa trvalého pobytu** (ulica, číslo) |  | | **Obec** (aj PSČ) | |  |
| **Mobil/**telefón |  | | **E - mail** | |  |
| **Stupeň dosiahnutého pedagogického vzdelania** /presný názov školy/ | | | | | |
| **Stupeň najvyššieho dosiahnutého vzdelania podľa ISCED** | | | | |  |
| **Aprobácia** (odbor) | |  | | **Dĺžka pedagogickej praxe** |  |
| **Číslo diplomu** | |  | | **Dátum vystavenia** |  |
| **Vystavený** (názov školy) | |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pracovisko** (presný názov) |  | **Adresa** (aj s PSČ) |  |
| **Okres** |  | **Kraj** |  |
| Mobil/telefón |  | E-mail |  |
| **Kategória pedagogického zamestnanca** |  | **Podkategória pedagogického zamestnanca** |  |
| **Kariérový stupeň** |  | | |

Svojím podpisom udeľujem ako dotknutá osoba súhlas so spracovaním svojich osobných údajov na účely vedenia dokumentácie o inovačnom vzdelávaní v zmysle ustanovení § 14 ods. 1 zákona č. 18/2018 Z.z.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| V | dňa | **Podpis pedagogického zamestnanca** |
| V | dňa | **Podpis riaditeľa/zriaďovateľa** |

Riaditeľ/zriaďovateľ svojím podpisom podpisuje pravosť vyplnených údajov. Podpis riaditeľa/zriaďovateľa nie je podmienkou prihlásenia.

**FAKTÚRU ZA VZDELAVANIE hradí: \* účastník / zamestnávateľ / iné \*správne podčiarkni**

**Uviesť fakturačné údaje:**