***Załącznik nr 1***

***Regulaminu dofinansowania***

***podnoszenia kwalifikacji zawodowych***

**Medyczna Szkoła Policealna**

**im. Hanny Chrzanowskiej w Otwocku**

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE PODNOSZENIA KWALIFIKACJI W ROKU ……..**

Imię i Nazwisko ………………………………………………………………………………..

Obecnie zajmowane stanowisko :……………………………………………………………………………………………………

Poziom kształcenia i specjalność :……………………………………………………………………………………………………

Staż pracy ogółem: ………….lat, w tym w tej szkole ………………………………………………….

Specjalność/ kierunek kształcenia, której / którego dotyczy wniosek: ……………………………………………

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

Forma podnoszenia kwalifikacji zawodowych :

* Studia uzupełniające ………………………………………………………………………………………………………….
* Studia podyplomowe………………………………………………………………………………………………………….
* Studia doktoranckie……………………………………………………………………………………………………………
* Inne formy …………………………………………………………………………………………………………………………

Nazwa uczelni/ organizatora kształcenia/ doskonalenia: ……………………………………………………………….

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

Czas trwania kształcenia :……………………………………………………………………

Koszt kształcenia ……………………………………………………………………

………………………………………………….

Data i podpis osoby wnioskującej

*Opinia dyrektora szkoły o przydatności formy kształcenia/ doskonalenia dla szkoły*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………

Data i podpis dyrektora