Naziv zavoda:

Naslov:

Naziv organizacije, ki je odgovorna za izvajanje preventivnega programa:

Datum izdanega soglasja:

Soglasje velja za leto: **2021**

**ZADEVA: SOGLASJE ZA IZVAJANJE PROGRAMA V ZAVODU/ZA ZAVOD – SKLOP C - PROGRAMI IZOBRAŽEVANJA PEDAGOŠKIH IN DRUGIH DELAVCEV-ZA KOLEKTIVE**

*OPOZORILO! Na enem obrazcu je lahko izdano soglasje le za en program! Če soglasje ne bo v celoti izpolnjeno v skladu z zgoraj navedenimi postavkami, ne bo veljavno!*

|  |
| --- |
| **NAZIV PROGRAMA:****KRAJ IZVAJANJA PROGRAMA:***Napišite vse podatke v tabelo spodaj – ZA VSAKO SKUPINO PEDAGOŠKIH DELAVCEV POSEBEJ –* ***1 SKUPINA MORA TVORITI NAJMAN 5 UDELEŽENCEV!*** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datum – dan, mesec, leto:****Število ur (najmanj 4 ure):****V času od\_\_do\_\_\_:** | **Tema:** | **Izvajalec – ime in priimek (na eno skupino PD je dovoljen 1 izvajalec):** | **Predvideno število pedagoških delavcev:** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **SKUPAJ PREDVIDENIH UR:** |  | **SKUPNO ŠTEVILO IZVAJALCEV:** | **PREDVIDENO SKUPNO ŠTEVILO PRIJAVLJENIH PEDAGOŠKIH DELAVCEV:** |

Za koordinacijo programa je v našem zavodu odgovoren/na: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, v funkciji \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ki bo za morebitna vprašanja dosegljiv/a na tel. št\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in na e naslovu:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Zavod sofinancira udeležbo pedagoškega/ih delavca/ev v programu

**DA NE**

 ***(USTREZNO OBKROŽITE!)***

**IZJAVI**

1. Spodaj podpisani, kot odgovorna oseba zgoraj navedenega zavoda izjavljam, da bomo za izvedbo tega programa doplačali znesek v višini \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_EUR.

2. Izjavljamo, da smo izvajalca programa seznanili in se z njim dogovorili o morebitnih obveznostih, ki jih bo imel ob izvajanju programa zaradi preprečevanja širjenja virusa SARS-CoV-2 ter o drugih morebitnih posebnostih v javnem zavodu.

Zgoraj naveden program bo lahko izveden tudi v on-line obliki.

**DA NE**

***(USTREZNO OBKROŽITE!)***

Ime in priimek odgovorne osebe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ŽIG

Podpis odgovorne osebe:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Opomba: V besedilu uporabljeni izrazi, zapisani v moški  slovnični obliki, so uporabljeni kot nevtralni za ženske in moške.