Naziv zavoda:

Naslov:

Naziv organizacije, ki je odgovorna za izvajanje preventivnega programa:

Datum izdanega soglasja:

Soglasje velja za leto: **2026**

**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, ne bo veljavno!*

*Podpis soglasja s strani odgovorne osebe organizacije pomeni, da je le-ta seznanjena s cilji, nameni in bistveno vsebino tega preventivnega programa, ki izpolnjuje ugotovljene potrebe ciljne skupine v tem zavodu ali za ta zavod.*

|  |
| --- |
| **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 oseba: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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!)***

**IZJAVA**

1. Spodaj podpisani, kot odgovorna oseba zgoraj navedenega zavoda izjavljam, da bomo za izvedbo tega programa doplačali znesek v skupni višini \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_EUR (znesek pomeni za vse udeležence in vse termine izobraževanja iz posameznega zavoda).

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

ŽIG

Podpis odgovorne osebe:

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

Opomba: Zaradi lažje berljivosti besedila v nekaterih primerih uporabljamo slovnično generično in nevtralno kategorijo moškega spola.