**Napoved usposabljanja**

KoC:

|  |
| --- |
|  |

Zaporedna št. usposabljanja:

|  |
| --- |
|  |

Naziv usposabljanja:

|  |
| --- |
|  |

Tip usposabljanja (označite z X):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Notranje |  | Zunanje |

Profil zaposlenega/ih, ki bodo vključeni v usposabljanja:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Kako se usposabljanje navezuje na model kompetenc:

|  |
| --- |
|  |

Termin usposabljanja *(od - do):*

|  |
| --- |
|  |

Predvideni čas trajanja:

|  |
| --- |
|  |

Lokacija usposabljanja *(naslov, nadstropje, …):*

|  |
| --- |
|  |

Izvajalec usposabljanja:

|  |
| --- |
|  |

Cena usposabljanja (brez DDV):

|  |
| --- |
|  |

Predvideno število vključenih zaposlenih:

|  |
| --- |
|  |

Partnerska podjetja (ki bodo uveljavljala povračilo):

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Na kak način so vključeni aktivni ukrepi za enakost žensk in invalidov:

|  |
| --- |
|  |

Obrazložitev potrebe po usposabljanju:

|  |
| --- |
|  |

Priloge: