**FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA EGZAMIN KOMPETENCYJNY ICVC**

|  |
| --- |
| **Nazwa i adres Instytucji**  występującej o przeprowadzenia Egzaminu Kompetencyjnego ICVC  (Nazwa, NIP i adres Instytucji) |

|  |
| --- |
| Kompetencja:  (Kompetencja)  W ramach projektu(Nazwa projektu) |

|  |
| --- |
| Lista osób zgłaszanych do kompetencji ICVC  1. Imię i Nazwisko  2. ………………………………………………………………………………………………  3. ………………………………………………………………………………………………  4. ………………………………………………………………………………………………  5. ………………………………………………………………………………………………  6. ………………………………………………………………………………………………  7. ………………………………………………………………………………………………  8. ………………………………………………………………………………………………  9. ………………………………………………………………………………………………  10. …………………………………………………………………………………………… |

Prosimy o przeprowadzenie egzaminu kwalifikującego ICVC dla wskazanych osób.

Termin Egzaminu ICVC ………………………………………………………………………………………………………

Miejsce Egzaminu ICVC ………………………………………………………………………………………………………

Godzina rozpoczęcia Egzaminu ICVC………………………………………………………………………………….

**………..……………………………………..**

**Data i podpis osoby zgłaszającej**

Załącznik nr 2a do Procedury Walidacji SYSTEMU ICVC Certyfikacja z dnia 24 sierpnia 2017r.

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE DO FAKTURY VAT**  **……..………………………………………..**  **…………………………………………………**  **…………………………………………………**  **………………………………………………….** | **ADRES DO WYSYŁKI CERTYFIKATÓW**  **……..………………………………………..**  **…………………………………………………**  **…………………………………………………**  **………………………………………………….**  **NR TEL. DO KONTAKTU**  **………………………………………….** |

Załącznik nr 2a do Procedury Walidacji SYSTEMU ICVC Certyfikacja z dnia 24 sierpnia 2017r.