**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 ICVC1. Imię i Nazwisko2. ………………………………………………………………………………………………3. ………………………………………………………………………………………………4. ………………………………………………………………………………………………5. ………………………………………………………………………………………………6. ………………………………………………………………………………………………7. ………………………………………………………………………………………………8. ………………………………………………………………………………………………9. ………………………………………………………………………………………………10. …………………………………………………………………………………………… |

Prosimy o przeprowadzenie egzaminu kompetencji ICVC dla wskazanych osób.

Termin Egzaminu ICVC (PRE-TEST)……………………………………………………………………………….

Termin Egzaminu ICVC (POST-TEST)………………………………………………………………………………

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.