Responsabil de program CCD Cluj _____

Instituția: _____
Adresa: _____, Nr. telefon: _____
Numele şi prenumele responsabilului cu formarea continuă: _____
Telefon: _____, E-mail: _____
Data predării: _____, Semnătura:_____

AVIZAT,
DIRECTOR INSTITUȚIE

Centralizator

cuprinzând persoanele care optează pentru programul de formare _____

Nr. crt	**Numele şi prenumele**	**Funcția**	**Specialitatea**	**Debutant** *(completați cu DA sau NU)*	**Gradul didactic**	**Anul obținerii ultimului grad didactic**	**Sunt/ nu sunt înscris la un program de perfecționare prin grade didactice** *(completați cu DA sau NU)*	**Anul obținerii celor 90 de credite, în urma participării la un program de perfecționare o dată la 5 ani**	**Sunt/ nu sunt înscris la un program de perfecționare o dată la 5 ani** *(completați cu DA sau NU)*

Pentru fiecare program de formare se va completa separat câte un centralizator, care se predă profesorului metodist responsabil al programului de formare solicitat.