

Responsabil de program CCD Cluj _____

AVIZAT,
DIRECTOR INSTITUȚIE

Formular de înscriere
(individual)

Programul de formare solicitat: _____

în regim

cu taxă

buget MECT

Nume și prenume: _____

Instituția: _____

Telefon personal: _____, e-mail: _____

Telefon instituție: _____

Funcția	Specialitatea	Debutant <i>(completați cu DA sau NU)</i>	Gradul didactic	Anul obținerii ultimului grad didactic	Sunt/ nu sunt înscriși la un program de perfecționare prin grade didactice <i>(completați cu DA sau NU)</i>	Anul obținerii celor 90 de credite, în urma participării la un program de perfecționare o dată la 5 ani	Sunt/ nu sunt înscriși la un program de perfecționare o dată la 5 ani <i>(completați cu DA sau NU)</i>

Semnătura solicitantului,

Data,