**PRIHLÁŠKA**

**na inovačné vzdelávanie**

v zmysle § 67 ods. 5 zákona č. 138/2019 Z. z. o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Poskytovateľ vzdelávania: | **ŠCPP pre deti a žiakov so zrakovým postihnutím** | Korešpondenčná  adresa: | **Námestie Š. Kluberta 2,**  **054 01 Levoča** |
| Druh vzdelávania | Inovačné rozsah 50 hodín, forma: kombinovaná  Číslo vydania potvrdenia o oprávnení na poskytovanie inovačného vzdelávania: 10/2024 - IV | | |
| Názov vzdelávacieho programu | Vyberte položku. | | |

Údaje o žiadateľovi:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Titul* | *Meno* | | *Priezvisko* | | | | *Titul za menom* | *Rodné priezvisko* | |
| *Dátum narodenia:* |  | | | | *Miesto narodenia:* | |  | | |
| Bydlisko  *(trvalý pobyt)* | *Ulica* | | | *Číslo* | *Obec* | | | | *PSČ* |
| *Telefón (mobil):* |  | | | | *E-mail:* |  | | | |
| **Stupeň dosiahnutého pedagogického vzdelania**/absolvovanie študijného programu alebo vzdelávacieho programu v inom ako požadovanom študijnom odbore na výkon pedagogickej činnosti na doplnenie si kvalifikačných predpokladov v oblasti pedagogiky, psychológie a didaktiky vyučovania **(presný názov a sídlo školy, fakulty):** | | | | | | | | | |
| Stupeň najvyššieho dosiahnutého vzdelania podľa ISCED \* | | Vyberte položku. | | | | | | | |
| Aprobácia *(odbor)* | |  | | | | | | | |

Údaje o zamestnávateľovi a zamestnaní:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pracovisko  *(úplný názov, sídlo, kontakt)* | |  | | | | | |
| *Ulica* | | | *Číslo* | *Obec* | | | *PSČ* |
| *Okres:* |  | | | *Kraj:* |  | | |
| *Predvoľba/Tel.č.:* |  | | | *E-mail:* |  | | |
| Kategória pedagogického (odb.) zamestnanca | | Vyberte položku. | | Podkategória pedagogického zamestnanca | | Vyberte položku. | |
| Kariérový stupeň | | Vyberte položku. | | | | | |

**Záväzne sa prihlasujem na inovačné vzdelávanie pedagogických pracovníkov.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| V | dňa | *Podpis pedagogického/odborného zamestnanca (žiadateľa)* |
| Potvrdzujem, že PZ/OZ pracuje so žiakom  so zrakovým postihnutím  V | dňa | *Pečiatka zamestnávateľa /zriaďovateľa\** |

*\* zamestnávateľ / zriaďovateľ opečiatkovaním potvrdzuje správnosť uvedených údajov v prihláške*