

**Annex I**

|  |
| --- |
| **SOL·LICITUD PER A LA INCLUSIÓ D'ACTIVITATS FORMATIVES AJUNTAMENTS AL PLA ANUAL DEL CEP D'INCA** |

|  |
| --- |
| **SOL·LICITANT** |
| **Nom i llinatges** |  |
| **DNI** |  |
| **Adreça** |  |
| **Localitat** |  | **CP:** |
| **telèfon** |  |
| **e-mail** |  |
| **En representació de:** |  |
|  |

|  |
| --- |
| **EXPÒS:****1.****2.****3.** |

|  |
| --- |
| **SOL·LICIT:****1.****2.****3.** |

......................................................., ........ de................................... de 20.......

 **Signat:**

|  |
| --- |
| **Documents adjunts:****1.****2.** |

CEP Inca

c/ Antoni Torrandell, 59 07300

Tel. 971 50 70 44

**cepinca@educaib.eu**



**Annex II**

**PROGRAMA D’ACTIVITATS FORMATIVES AJUNTAMENTS**

**Lliurar al CEP amb 30 dies d’antelació i adjuntar imatge format .jpg**

|  |
| --- |
| **TÍTOL DE L’ACTIVITAT:** |

|  |
| --- |
| **Hores formació (mínim 8h): Places professorat:**  |
| **Dates i horari de celebració:** |
| **Lloc de realització:** |
| **Adreça:** |
| **OBJECTIUS DE LA FORMACIÓ (màxim 3):** |
| **1.** |
| **2.** |
| **3.** |
| **CONTINGUTS (MÀXIM 5):****1.****2.****2.****4.****5.** |
| **METODOLOGIA:** |
| **Nom, llinatges i DNI del coordinador/a de l’activitat (només pot ser una persona)** |
| **Nom, llinatges i DNI del ponent de l’activitat:****Tìtol de la ponència:****Hores de ponència (mínim 1h):****Breu CV del formador (màxim 4 línies):** |
| **AVALUACIÓ****Assistència mínima al 85% de les sessions presencials.****Realització d’un qüestionari individual de la formació per valorar l’activitat a través del portal del personal un pic hagi acabat la formació.** |