PLA DE FORMACIÓ AFEDAP

|  |  |
| --- | --- |
| NOM DE LA UNITAT | Entitat que sol·licita:Departament que sol·licita:Data de la sol·licitud: |
| PERSONA D’ENLLAÇ | Nom i cognoms:Telèfon de contacte:Mail de contacte:Data de la sol·licitud: |

# Full de sol·licitud de formació

|  |
| --- |
| Nom de l’activitat formativa |
| Què volem millorar que no funciona i com sabem que no funciona.  |
| Quins objectius volem aconseguir amb la formació? |
| Quins resultats concrets esperem obtenir? |
| Com sabrem que els hem aconseguit?  |
| Destinataris: número de persones i categoria de les persones implicades |
| Durada (número d’hores) |
| Dies i horari preferent: |
| Suggeriment professor/a i telèfon de contacte (si ho sabeu): |
| Altres comentaris |

Signat

Alcalde, president o persona en que delegui