

Mannauðssjóður Samflots bæjarstarfsmannafélaga
Aðalstræti 24,
400 Ísafirði
Sími: 456-4407 Fax: 456-4173
Netfang: mannaudssjodur@samflot.is



Umsókn um styrk úr Mannauðssjóði SAMFLOTS

Heiti fræðsluverkefnis: _____

Dagsetning: _____	Netfang: _____	
Kennitala: _____	Sími: _____	Fax: _____
Nafn umsækjanda/stofnunar: _____		
Umsjónarmaður: _____		
Heimilisfang: _____		
Póstnúmer: _____	Staður: _____	
Samstarfsaðili: _____		

Stutt lýsing á fræðsluverkefni:

Fyllist út af starfsmanni sjóðsins:

Númer umsóknar:	_____
Dagsetning afgreiðslu:	_____
Samþykkt styrkupp hæð:	_____
Hafnað:	_____

Markmið með fræðsluverkefninu:

Lýsing á innihaldi fræðsluverkefnis, umsjónaraðili:

Námslengd (kennslustundafjöldi) _____ Áætlaður fjöldi þátttakanda _____

Hvenær á að halda námskeiðið eða vinna að verkefninu:

Námskröfur og námsmat:

Umsækjandi:

Hefur umsækjandi fengið áður styrk úr sjóðnum og þá fyrir hvað?

Hefur umsækjandi aðra möguleika á styrkjum og þá hvaða?

Þátttakendur:

Fjöldi þátttakenda, félagsmenn í aðildarfélögum Samflots:

Í hvaða störfum eru þátttakendur:

Félagsmenn í stéttarfélögum utan sjóðsins:

Kostnaðar- og tekjuáætlun:

Útgjöld – stofnkostnaður:

Útgjöld – rekstrarkostnaður:

Samtals útgjöld:

Eigið framlag:

Fjárhæð sem sótt er um:

Dagsetning _____

Undirskrift umsjónarmanns.