



Umsókn um styrk úr Mannauðssjóði KSG

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 ásamt starfsheiti félagsmanna aðildarfélaga SfK, STAG og STFS

Kostnaðar- og tekjuáætlun:

Sundurliðun á kostnaði:

Samtals útgjöld:	_____
Aðrir styrkir:	_____
Fjárhæð sem sótt er um:	_____

Dagsetning _____

Undirskrift umsjónarmanns.

Umsóknir berist til:
Starfsmannafélag Kópavogs
Bæjarlind 14-16
201 Kópavogur.