

Starfsmannafélag Kópavogs

Bæjarlind 14-16
201 Kópavogur
Sími 554-5124



Umsókn um styrk úr Starfsmenntasjóði

Nafn:		Kennitala:
Heimilisfang:	Heimasími:	Gsm:
Vinnustaður:	Netfang:	Vinnusími:
Hefur verið félagi í Starfsmannafélagi Kópavogs síðan:		Starfshlutfall:

Merkja skal X við það sem umsókn nær til :

- Námskeiðs, tilgreindu heiti _____
- Náms, tilgreindu heiti _____
- Rannsóknastarfa, tilgreindu nánar _____
- Annað, tilgreindu nánar _____
- Fararstyrks v. starfsmenntunar, tilgreindu hvort innanlands eða erlendis _____

Hvar haldið :
Hver heldur:
Hvenær haldið, dagsetning:
Nánari lýsing á námskeiði/námi og mikilvægi og/eða gildi þess fyrir núverandi starf umsækjanda:

Kostnaður, tilgreinið eftir því sem við á:	
Námskeið/nám	Kr:
Efnisgjald	Kr:
Fararstyrkur	Kr:
Samtals	Kr:

Fær umsækjandi styrk frá öðrum, tilgreinið þá frá hverjum og hve mikið:

Ath. styrkur fæst ekki greiddur nema upplýsingar um bankareikning séu tilgreindar

Banki/bankanúmer:	Höfuðbók:	Reikningsnúmer:
-------------------	-----------	-----------------

Dagsetning umsóknar, _____

Undirskrift umsækjanda _____

Afgreiðsla: