**DATA:………………………….**

WNIOSEK ROZPOCZĘCIE PROCESU PRZEJĘCIA KURSU   
DO WYRAŻENIA ZGODY OSOBY ODPOWIEDZIALEJ W BIURZE KRAJOWYM SESA

**Wypełnia SL.**

**NAZWA KURSU:………………………………………………………………**

A. Jeżeli jest zgoda Dyrektora Szkolącego

Proszę o wyrażenie zgody na pełnienie funkcji Dyrektora Szkolącego przez \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ze SL (pełna nazwa z siedzibą) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

B Jeżeli brak Dyrektora Szkolącego

Wniosek z prośba o Dyrektora Szkolącego składa się w biurze SESA(minimum pół roku przed).

Proszę o przydzielenie przez Biuro Krajowe SESA Dyrektora Szkolącego Kurs.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C Dane wnioskującego

Pełna nazwa SL i adres kontaktowy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Osoba odpowiedzialna za SL (środowisko,wspólnotę)   
Imię i Nazwisko \_

Telefon \_

E-mail\_

Kilka zdań o SL. jeżeli wnioskuje ona po raz pierwszy   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dokument proszę przesłać do:**

**Biuro SESA –Polska  
e-mail:** [**biuro.sesa@nowaewangelizacja.eu**](mailto:biuro.sesa@nowaewangelizacja.eu) **tel. 33 874 70 23/ 572 170 632**

WYPEŁNIA BIURO KRAJOWE:

Biuro Krajowe SESA Polska wyraża zgodę na pełnienie funkcji dyrektora szkolącego   
oraz przejecie kursu zgodnie z danymi zawartymi w tym dokumencie:

Tak  Nie 

Imię i nazwisko osoby wyrażającej zgodę z ramienia Biura Krajowego

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_