Załącznik nr 3.

Rekomendacja od macierzystej organizacji związkowej

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

**……………………………………………………………………………….........**

 *(prosimy o podanie numeru i nazwy KM/KZ zgłaszającej kandydata/kandydatkę do udziału w szkoleniu)*

potwierdza chęć przeszkolenia członka/członkini naszej organizacji.:

………………………………………………………………...…………………………………………

*(czytelne imię i nazwisko kandydata/kandydatki)*

w 3-dniowym szkoleniu dla przedstawicieli NSZZ „Solidarność”, które odbędzie się w dniach:

………………………………………………. (należy wpisać jeden z terminów wskazanych w harmonogramie szkoleń).

Dane kontaktowe kandydata/kandydatki:

Telefon: ………………………………………………………….

Mail: ………………………………………………………………..

Dane kontaktowe KM/KZ:

Telefon: ………………………………………….

Mail: ……………………………………………….

…………………………………………………………….

 Czytelny podpis osoby zgłaszającej i funkcja

***UWAGA:***

**jeśli kandydat zostanie zakwalifikowany na szkolenie a nie powiadomi ORGANIZATORA o rezygnacji z udziału w szkoleniu przynajmniej na cztery dni przed terminem jego rozpoczęcia – kosztami (nocleg, wyżywienie) obciążony zostanie rekomendujący.**