**WNIOSEK O PRZEDŁUŻENIE**

**SREBRNEJ ODZNAKI KADRY KSZTAŁCĄCEJ ZHP**

**Szefowa Zespołu Kadry Kształcącej Chorągwi Zachodniopomorskiej ZHP  
hm. Anna BREJWO**

Zwracam się z wnioskiem o przedłużenie uprawnień wynikających z posiadanej Srebrnej Odznaki Kadry Kształcącej nr…. przyznanej rozkazem …../20… Komendanta/ki Chorągwi ….. ZHP z dnia ….

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane formalne** | |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **Stopień instruktorski:** |  |
| **Hufiec, chorągiew:** |  |
| **Kontakt (e-mail, telefon):** |  |
| **Numer w systemie ewidencyjnym ZHP „Tipi”:** |  |

Działalność kształceniowa w ostatnich czterech latach

|  |
| --- |
| **Opis realizacji wymagania udziału jako członkini/członek komendy kursu w merytorycznym przygotowaniu i przeprowadzeniu co najmniej dwóch form kształceniowych (organizowanych przez zespół kadry kształcącej dowolnego szczebla) i uzyskanie pozytywnej opinii** |
| *Tu należy podać szczegóły dotyczące przeprowadzonych form kształceniowych tj. nazwę formy, datę i miejsce, organizatora (ZKK dowolnego szczebla). Należy uwzględnić zadania, jakie zostały zrealizowane w ramach organizacji formy.*   1. *…* |

opinie

|  |
| --- |
| **Opis realizacji wymagania uzyskania pozytywnych opinii komendantek/komendantów form kształceniowych, w których było się członkinią/członkiem komendy lub szefowej/szefa ChZKK lub komendantki/komendanta SI/CSI w przypadku pełnienia funkcji komendantki/komendanta formy.** |
| *1.(Stopień, imię i nazwisko, OKK komendantki/komendanta formy kształceniowej)*  *2.(Stopień, imię i nazwisko OKK komendantki/komendanta formy)* |

posiadane kompetencje

|  |
| --- |
| **Opis realizacji wymagania udziału w formach doskonalących przydatnych w pracy kształceniowej:** |
| *Tu należy wymienić jedną lub kilka form oraz podać organizatora i czas trwania każdej z form kształceniowych.*   1. *…* |

|  |
| --- |
| **\*Inne załączniki i materiały załączone do wniosku:** |
|  |

WAŻNE: Wniosek i załączniki należy przesłać wyłącznie w wersji elektronicznej na adres ***ksztalcenie@zachpom.zhp.pl***

|  |
| --- |
| **Data wypełnienia wniosku:** |
|  |

(\*pole nieobowiązkowe)