Mannauðssjóður SAMFLOTS bæjarstarfsmannafélaga
Aðalstræti 24 - 400 Ísafirði
Sími: 456-4407 - Fax: 456-4173
Netfang: mannaudssjodur@samflot.is

Umsókn um styrk úr Mannauðssjóði SAMFLOTS

Heiti fræðsluverkefnis: _____

Athugið að umsækjandi er ávallt sveitarfélag eða stéttarfélag.

Dagsetning:	
Nafn umsækjanda:	
Kennitala:	
Vegna stofnunnar:	
Heimilisfang:	
Póstnúmer:	**Staður:**
Sími:	**Netfang:**
Umsjónarmaður:	
Netfang umsjónarmanns:	
Annað:	

Tegund verkefnis:

Dags. upphaf verkefnis:	**dags. lok verkefnis:**
Lengd verkefnis (tímafjöldi):	
Áætlaður fjöldi þátttakanda alls:	
Áætlaður fjöldi þátttakanda innan SAMFLOTS:	

Markmið og lýsing fræðsluverkefnis:

Námskröfur og námsmat:

Í hvaða störfum eru þátttakendur:
Félagsmenn í stéttarfélögum utan sjóðsins:

Hefur umsækjandi fengið áður styrk úr sjóðnum og þá fyrir hvað? (Númer samkv.samningi fyrri úthlutana þarf að fylgja)

Hefur umsækjandi aðra möguleika á styrkjum og þá hvaða?

Sundurliðun kostnaðaráætlunar:

Samtals útgjöld: _____

Framlag umsækjanda: _____

Fjárhæð sem sótt er um: _____

Dagsetning: _____ _____

Undirskrift umsjónarmanns

Með umsóknum þarf að fylgja þátttakendalisti með kennitölum og nöfnum þátttakanda, staðfesting móttökuaðila, dagskrá á Íslensku og skýr sundurliðuð kostnaðaráætlun. Umsóknir eru ekki teknar fyrir fyrr en öll gögn hafa borist sjóðnum.

Fyllist út af starfsmanni sjóðsins:
Númer umsóknar:
Dagsetning afgreiðslu:
Samþykkt styrkupphæð:
Hafnað:
Athugasemdir: