

**Αίτημα συμμετοχής σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα**

*Συμπληρώνεται από τον εργαζόμενο* Ημερομηνία

Ονοματεπώνυμο Προιστάμενος

Τίτλος εκπαιδευτικού προγράμματος Διάρκεια προγράμματος (ημερομηνία/ώρες) Τόπος διεξαγωγής Περιγραφή προγράμματος/αιτιολόγηση συμμετοχής

## Υπογραφή εργαζομένου

*(Επισυνάπτεται ενημερωτικό φυλλάδιο/προσφορά/σχέδιο εκπαιδευτικού προγράμματος)*

Ημ/νία

# Έγκριση Προϊσταμένου

*Εντός προϋπολογισμού HR (έκτακτο / προγραμματισμένο)*

## ΔΑΠΑΝΗ

€

*Ένταξη σε πρόγραμμα ΟΑΕΔ*

Κόστος προγράμματος

Ναι

Όχι

€ Μεταφορικά

€ Γεύμα

€ Άλλα έξοδα

€ Σύνολο

Υπογραφή Προϊσταμένου Ημ/νία

Υπογραφή Υπεύθυνου HR Ημ/νία

# Έγκριση Διοίκησης

Eγκρίνεται

Απορρίπτεται

Υπογραφή Ημ/νία