**JELENTKEZÉSI LAP**

Képzési program megnevezése:

**Az autizmus korai diagnosztikája 2/B modul - Együttműködés a szülőkkel a diagnosztikai folyamatban**

***SE-SZTOK/2025.I/00224***

Képzés óraszáma: 8 óra

**Helyszín:** Budapesti Korai Fejlesztő Központ és EGYMI

1115 Budapest, Bártfai utca 34/a.

**Időpont****:** **2025. március 08.**

Jelentkezési határidő: **2025. február 19.**

Név :……………………………………………………………………………….........................

Cím: …………………………………………………………………………………………………..……………………………..………

Telefonszám: ……………………………………………………………………………………..……..……………………..………

E-mail cím: ………………………………………………………………………………………………..……………………..………

Végzettsége: ……………………………………………………………………………………………..……………………..………

**Azonosítási szám: (**résztvevő pecsétszáma/működési nyilvántartási

száma).………………………………………………………………………………................................………………

|  |  |
| --- | --- |
| **Képzési díj:** | **18.000.-Ft/ fő** |
| **A képzési díj forrása:**  **kérem a megfelelő rubrikába tegyen x-t** |  Állami forrásból támogatott, központi költségvetés, melynek részét képezi a Nemzeti Foglalkoztatási Alap foglalkoztatási és képzési alaprésze   szakképzési hozzájárulásnak a szakképzési hozzájárulásra kötelezett által a saját dolgozói képzésére elszámolható részéből   Európai Uniós forrásokból  Címe, kódja, ha van:..…………………………………………..  ……………………………………………………………………………….   egyéb forrásból :…………………………………………………….   tandíjmentesen, mert ………………........................  ……………………………………………………………………………………. |
| **A költségviselő, költségviselők megnevezése (ha a tanfolyam költségeit több forrásból fedezik, azokat legyen kedves feltüntetni)** |  |

*A tanfolyami részvételi díj befizetése* közvetlen banki átutalással lehetséges vagy személyesen a Budapesti Korai Fejlesztő Központ budai házában (1115 Budapest, Bártfai u. 34/a).

**Számlaszám:** OTP 11701004 – 20116451

Kezdeményezett: Korai Fejlesztő Központot Támogató Alapítvány

Kérjük, az átutalási megbízáson tüntessék fel a *jelentkező nevét* és a képzési program címét is.

**E-mail cím:** oktatas.korai@koraifejleszto.hu

**Postázási cím:** 1115 Budapest, Bártfai u. 34/a.

Dátum: …………………………………….

Aláírás: ……………………………………..

**SZÁMLAKÉRŐ NYILATKOZAT**

(a jelentkezési lap melléklete)

**Képzés megnevezése:**

**Az autizmus korai diagnosztikája 2/B modul - Együttműködés a szülőkkel a diagnosztikai folyamatban**

A pedagógus-továbbképzési program alapítási engedélyének nyilvántartási száma:

***SE-SZTOK/2025.I/00224***

**Óraszáma:** 8 óra

**Képzés időpontja**: *2025. március 08.*

Befizetés adatai:

Képzés megnevezése*:*

**Az autizmus korai diagnosztikája 2/B modul - Együttműködés a szülőkkel a diagnosztikai folyamatban**

Befizetés időszaka: *2024/2025* *tanév*

A továbbképzési program oktatási költsége egy főre lebontva: *18.000* Forint.

**Ha az oktatás költségét %-os arányban fizeti magánszemély és cég/munkáltató, kérjük az alábbiakat szíveskedjék kitölteni:**

*Magánszemély adatai:*

Név:.........................................................................................................................................

Cím:.........................................................................................................................................

Postázási cím: ...........................................................................................................................

Adóazonosító jel:........................................................................................................................

Adószám:................................................................................................................................... Számla összege: ............................. Ft, az oktatási költségen belüli aránya:.......................%

E-mail cím: ………………………………………………………………………………………………..……………………..………

*Cég/munkáltató adatai:*

Név:.........................................................................................................................................

Cím:.........................................................................................................................................

Postázási cím: ...........................................................................................................................

Adószám:.................................................................................................................................. Számla összege: ............................. Ft, az oktatási költségen belüli aránya:.......................%

E-mail cím: ………………………………………………………………………………………………..……………………..………

**Ha az oktatási költséget egy összegben fizeti magánszemély vagy cég/munkáltató, kérjük az alábbiakat szíveskedjék kitölteni:**

Név: ..............................................................................................................................................................

Cím: ..............................................................................................................................................................

Postázási cím: ................................................................................................................................................

Adóazonosító jel: ...........................................................................................................................................

Adószám: ........................................................................................................................................................

E-mail cím: ………………………………………………………………………………………………..……………………..………

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a számlakérő nyilatkozatban megadott adatok valósak.

A megjelölt összeg megfizetését vállalom, a **Korai Fejlesztő Központot Támogató Alapítvány** számlájára átutalom/befizetem.

Kelt.: ..................................................

............................................................. .............................................

Befizető cégszerű aláírása, p.h. Résztvevő aláírása