ФОРМУЛАР ЗА АЛИЦИРАЊЕ ЗА ЕПАЛЕ АМБАСАДОРИ

|  |  |
| --- | --- |
| Име и презиме на апликантот: |  |
| Организација/Институција: |  |
| NUTS Статистички регион: |  |
| Правен застапник: |  |
| Адреса на апликантот: |  |
| Телефон: |  |

Накратко опишете го искуството на ***вашата институција/организација*** во полето на образование возрасни на национално и интернационално ниво.

Накратко опишете го ***вашето лично искуство*** во полето на образование возрасни. Особен акцент ставете на евентуалните меѓународни искуства во областа, локалната соработка, како и наведете област во образованието за возрасни во која сметате дека имате најголемо познавање.

Дали вие и/или вашата инстутуција сте дел од некоја европска/интернационална мрежа на слични институции во областа на образованието за возрасни? Каква соработка имате со социјалните партнери во областа на образованието за возрасни на локално/регионално ниво? Објаснете.

Дали вашата организација има спроведено и/или учествувала во меѓународни проекти од областа на образованието за возрасни во соработка со партнерски институции од странство? Наведете.

Ве молиме изберете:

|  |  |
| --- | --- |
| Имам активен ЕПАЛЕ профил. | ДА/НЕ |
| Имам солидни познавања од англискиот јазик. | ДА/НЕ |
| Имам напредни ИКТ вештини. | ДА/НЕ |
| Активен/а сум на социјалните медиуми. | ДА/НЕ |

|  |  |
| --- | --- |
| Потпис и печат на овластено лице: |  |
| Потпис на апликантот: |  |
| Место: |  |
| Време: |  |

*Скенирана копија од апликацијата се испраќа на:* *epale@na.org.mk**, со назнака: За Јавен Повик за ЕПАЛЕ амбасадори.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ЕПАЛЕ Национален сервис за поддршка*EPALE National Suport Service*Национална агенција за европски програми и мобилност*National Agency for European Educational Programmes and Mobility*epale@na.org.mk++389 2 3109 045Facebook: EPALE North Macedonia„Кузман Јосифовски-Питу“ бр.17, Скопје*“Kuzman Josifovski Pitu” nr. 17 Skopje*Република Северна Македонија*Republic of North Macedonia* |  |  |
|  |
|  |