# Ansökan om tillfälliga kompetenshöjande insatser

Denna ansökan kan användas vid enstaka tillfälliga kompetenshöjande insatser som riktar sig till personal hos huvudmännen. Minst två huvudmän måste tillsammans ansöka om medel, varav en är insatsägare. Inga lönekostnader för deltagare er­sätts. Uppföljning/återrapport ska skickas till förbundet senast 1 månad efter insatsdatum, (se hemsidan). Om dessa förutsättningar inte passar din insats, använd istället ordinarie mall för ”ansökan om finansiering”.

|  |  |
| --- | --- |
| **Insatsens namn:** | **Datum för insatsen:** |
| **Insatsägare:** | |
| **Samverkansparter:** | |
| **Beskriv innehållet i er kompetenshöjande insats:** | |
| **Förväntat antal deltagare i insatsen:** | |
| **Syfte och mål med insatsen:** | |
| **Ange budget/finansiering:** | |
| **Har ansökan diskuterats i någon lokal samverkansgrupp (LSG)?**    **Ja Nej**  **Kommentar:** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Insatsens namn** |  |
| **Underskrift** |  |
| **Namnförtydligande** |  |
| **Organisation, enhet/avdelning eller motsvarande** |  |
| **Datum** |  |
| **E-post:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Insatsens namn** |  |
| **Underskrift** |  |
| **Namnförtydligande** |  |
| **Organisation, enhet/avdelning eller motsvarande** |  |
| **Datum** |  |
| **E-post:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Insatsens namn** |  |
| **Underskrift** |  |
| **Namnförtydligande** |  |
| **Organisation, enhet/avdelning eller motsvarande** |  |
| **Datum** |  |
| **E-post:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Insatsens namn** |  |
| **Underskrift** |  |
| **Namnförtydligande** |  |
| **Organisation, enhet/avdelning eller motsvarande** |  |
| **Datum** |  |
| **E-post:** |  |