**Aanvraagformulier Voucherregeling**

**Basisscholing Infectiepreventie**

**Deel A: Algemene gegevens**

|  |
| --- |
| **1. Aanvrager** |
| 1a Organisatie  |  |
| 1b Naam |  |
| 1c Functie  |  |
| 1d Telefoonnummer |  |
| 1e E-mailadres |  |
| **2. Quick Scan Infectiepreventie** |
| 2a Heeft u de Quick Scan al ingevuld (online)?  | [ ]  Nee, u dient eerst de Quick Scan in te vullen op onze website[ ]  Ja, ga naar vraag 3b |
| 2b Wanneer en met wie van het zorgnetwerk heeft u de resultaten besproken? | Datum: Naam medewerker:  |
| 2c Heeft u op basis van de Quick Scan ook andere vouchers aangevraagd bij het zorgnetwerk? | [ ]  Nee[ ]  Ja, namelijk voor (meerdere antwoorden mogelijk) [ ]  Opleiding tot Infectiepreventie Adviseur [ ]  Infectiepreventie Audit [ ]  Begeleiding Infectiepreventie Commissie |

**Deel B: Gegevens Basisscholing Infectiepreventie**

|  |
| --- |
| **3. Type Opleiding** |
| 3a Welk type scholing betreft de aanvraag?  | [ ]  Een bestaande cursus met open inschrijving, ga naar vraag 4[ ]  Een maatwerk in-company training, ga naar vraag 5 |
| **4. Cursus met Open Inschrijving**  |
| 4a Naam opleidingsinstituut  |  |
| 4b Naam opleiding |  |
| 4c Korte informatie over de inhoud en doelstellingen van de opleiding | *U kunt hier eventueel volstaan met het invoegen van een link naar de website van de opleiding* |
| 4d Tijdsinvestering per deelnemer | *In lesuren of lesdagen* |
| 4e Geplande aanvangsdatum |  |
| **5. In-company training**  |
| 5a Naam opleidingsinstituut of deskundige infectiepreventie die de in-company training zal verzorgen |  |
| 4b Naam/onderwerp opleiding |  |
| 4c Korte informatie over de inhoud en doelstellingen van de in-company training |  |
| 4d Tijdsinvestering per deelnemer | *In lesuren of lesdagen* |
| 4e Geplande aanvangsdatum | *Indien nog niet exact bekend graag de verwachte maand + jaar van uitvoering invullen* |

**Deel C: Gegevens deelnemers**

|  |
| --- |
| **6. Deelnemers van uw organisatie** |
| 6a Gegevens deelnemer 1 | Naam:Functie: |
| 6b Gegevens deelnemer 2 | Naam:Functie: |
| 6c Gegevens deelnemer 3 | Naam:Functie: |
| 6d Gegevens deelnemer 4 | Naam:Functie: |
| 6e Gegevens deelnemer 5 | Naam:Functie: |
| 6f Gegevens deelnemer 6 | Naam:Functie: |

*NB: in het geval van een in-company training kunnen meer dan zes werknemers deelnemen. Door het zorgnetwerk zal echter maar een bijdrage aan de kosten op basis van een maximum van zes deelnemers vergoed worden.*

**Deel D: Ondertekening bestuurlijk verantwoordelijke**

[ ]  Hierbij ga ik akkoord met het indienen van een aanvraag voor de voucherregeling van het Regionaal Zorgnetwerk Antibioticaresistentie Utrecht en met de bijgevoegde voorwaarden.

Organisatie:

Naam:

Functie:

Plaats en datum:

Handtekening:

**Deel E: Toekenning door Regionaal Zorgnetwerk Antibioticaresistentie Utrecht**

Door middel van ondertekening gaat het Regionaal Zorgnetwerk Antibioticaresistentie Utrecht akkoord met de voucheraanvraag en kent onderstaand bedrag toe voor een Basiscursus Infectiepreventie. Het toegekende voucher kan verzilverd worden wanneer aan alle gestelde inhoudelijke en administratieve voorwaarden is voldaan.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Onderdeel** | **Aantal deelnemers** | **Voucherbedrag** |
| Basisscholing Infectiepreventie |  | € |
|  | **TOTAAL** | **€** |

Naam:

Functie:

Plaats en datum:

Handtekening: