**Aanvraagformulier Voucherregeling**

**Opleiding en Coaching Infectiepreventieadviseur (IPA)**

**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) [ ]  Basisscholing Infectiepreventie [ ]  Infectiepreventie Audit [ ]  Begeleiding Infectiepreventie Commissie |

**Deel B: Gegevens deelnemers**

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

**Deel C: Gegevens IPA-traject**

|  |
| --- |
| **4. Opleidingstraject** |
| 4a Naam opleidingsinstituut  |  |
| 4b Aanvangsdatum IPA opleiding  |  |
| **5. Coachingstraject**  |
| 6a Willen de deelnemers ook gebruik maken van het IPA coachingstraject? | [ ]  Nee, ga verder naar Deel D: Ondertekening[ ]  Ja, ga naar vraag 6b |
| 6b Naam coach / deskundige infectiepreventie |  |
| 6b Relatie tussen organisatie en coach  | [ ]  DI is al werkzaam binnen de organisatie[ ]  DI gevonden via de pool van Deskundigen Infectiepreventie op de website van het zorgnetwerk[ ]  DI zelf gevonden. *U dient vooraf contact op te nemen met het Programmabureau van het Zorgnetwerk* |
| 6c Aanvangsdatum coachingstraject |  |

**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 de opleiding en/of coaching van Infectiepreventieadviseurs (IPA). Het toegekende voucher kan verzilverd worden wanneer aan alle gestelde inhoudelijke en administratieve voorwaarden is voldaan.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Onderdeel** | **Aantal deelnemers** | **Voucherbedrag** |
| IPA opleidingstraject |  | € |
| IPA coachingstraject |  | € |
|  | **TOTAAL** | **€** |

Naam:

Functie:

Plaats en datum:

Handtekening: