**Suaugusiųjų mokymosi savaitė**

**„Susitikime mokytis. Kartu mes galim!"**

**Dalyvio anketa**

**2020 metų lapkričio 14 – 22 d.**

**Organizacija/institucija**................................................................................................

Adresas, telefonas..........................................................................................................

**Asmuo kontaktams:**

Vardas, pavardė …………………........................................................................……..

El. pašto adresas, telefonas…………………………………………………………......

Kaip numatote dalyvauti?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data, laikas | Renginys (pavadinimas) | Kas (kokia organizacija/institucija) organizuojaRenginio vieta, adresas | Atsakingas už informaciją (vardas, pavardė, telefonas) |
| Lapkričio …d., .... val.  | Seminaras „xxx“ |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Užpildytą Suaugusiųjų mokymosi savaitės dalyvio anketą iki **2020 metų spalio 23 d.** siųsti koordinatoriams regionuose (žr. priedą).