

AKADEMIA PROFESJONALNEGO NAUCZYCIELA

Załącznik nr 4
do Regulaminu rekrutacji
uczestników na kursy kwalifikacyjne

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć szkoły/placówki)

ZAŚWIADCZENIE

Pan/i
(imię i nazwisko)

jest zatrudniony/a w

.....
(nazwa szkoły/placówki oświatowej)

na stanowisku

w wymiarze co najmniej ½ etatu

od dnia
dd mm rr

do dnia
dd mm rr

Potwierdzam, że nauczyciel/ka pracuje z uczniem
niewidomym/niedowidzącym.

.....
(podpis i pieczęć imienna dyrektora szkoły/placówki)



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

