

Świeradów-Zdrój, dnia.....

.....
(nazwa placówki)

**Burmistrz
Miasta Świeradów-Zdrój**

WNIOSEK DYREKTORA O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA NA DOSKONALENIE ZAWODOWE NAUCZYCIELI

DANE WNIOSKODAWCY:

1. Imię i nazwisko:

PODEJMOWANE DOSKONALENIE ZAWODOWE:

- 1) rodzaj/forma doskonalenia:
- 2) studia (proszę określić kierunek i specjalność)
- 3) kurs (kwalifikacyjny, doskonalący)
- 4) szkolenie, konferencja, inne (proszę określić)
- 5) Miejsce doskonalenia:
- 6) Prowadzący doskonalenie:
- 7) Pełna liczba semestrów/godzin
- 8) Planowany termin rozpoczęcia / zakończenia

KOSZT DOSKONALENIA ZAWODOWEGO

- 1) Koszt całkowity doskonalenia
- 2) Wnioskowana kwota dofinansowania

UZASADNIENIE WNIOSKODAWCY *(oczekiwane rezultaty, przydatność wybranej formy w pracy w placówce, dotychczasowa pomoc finansowa, inne)*

.....
.....
.....
.....
.....

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

Opinia Burmistrza Miasta Świeradów-Zdrój

.....
Wnioskowana kwota dofinansowania

Maksymalna możliwa kwota dofinansowania

Przyznaje dofinansowanie w kwocie: (słownie:)

Nie przyznaję dofinansowania, ponieważ

.....
data

.....
pieczęć i podpis Burmistrza