

Łódź dn. \_\_\_\_\_

**Zgoda na udział w szkoleniu doskonalącym  
finansowanym ze środków wojewódzkich zadań edukacyjnych  
Łódzkiego Kuratora Oświaty w 2017 roku**

Wyrażam zgodę na udział w szkoleniu (nazwa szkolenia) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pani/Pana (imię i nazwisko nauczyciela) \_\_\_\_\_

Zatrudnion-ej/ego w charakterze nauczyciela \_\_\_\_\_

w (nazwa szkoły/placówki) \_\_\_\_\_

adres: \_\_\_\_\_

nr telefonu do placówki \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Data i czytelny podpis dyrektora