



Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w szkoleniu na superwizorów realizowanego w ramach projektu pn. „Koordynacja polityki społecznej w województwie świętokrzyskim”.

.....
nazwa instytucji

.....20.....r.

.....
adres instytucji

.....
telefon kontaktowy

ZAŚWIADCZENIE O POSIADANIU DOŚWIADCZENIA W ZAKRESIE DOSKONALENIA ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SOCJALNYCH

Niniejszym potwierdzam, że Pan(i)
przeprowadził(a) godzin dla pracowników
socjalnych, zatrudnionych w

(nazwa instytucji (lub kilku instytucji))

Tematyka prowadzonych zajęć/konsultacji/innych form doskonalenia zawodowego

Doskonalenie zawodowe pracowników socjalnych odbyło się w dniach:
 w trakcie godzin dydaktycznych i miało
miejsce w

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
pieczęć instytucji

.....
pieczęć służbowa i podpis