



Załącznik nr 5 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 KSZTAŁCENIA PRACOWNIKÓW SOCJALNYCH

Niniejszym potwierdzam, że Pan(i)

przeprowadził(a) godzin w ramach przedmiotu pn.

realizowanego na kierunku studiów

w zakresie/specjalności

w okresie od

do

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
Pieczęć instytucji

.....
Pieczęć służbowa i podpis