

З А Я В К А
за
обучение на педагогическите специалисти

ОТ
(наименование на институцията или организацията)

.....
(населено място, адрес)

Заявяваме желание за участие в обучение по програмата/мите за повишаване на квалификацията на педагогическите специалисти:

1.
.....
2.
.....
.....
(наименование на програмата/мите)

Брой обучавани: педагогически специалисти
.....
(специалности)

Място на провеждане:
(на място, изнесено, по предложение на учителя, други)

Период на провеждане: ОТ ДО

Допълнителна информация:.....
.....
.....

Подпис и печат на Заявителя:

.....
(име, презиме, фамилия)

.....
(длъжност)

**Моля, изпращайте попълнените формуляри
на електронна поща: katerinashtereva@abv.bg**



ГЛОССА ТЕРАПИ ЕООД
лице за контакт: Катерина Щерева
GSM: 0898 795 413; <http://logopedsofia.com/>; katerinashtereva@abv.bg

ПРИЛОЖЕНИЕ

СПИСЪК НА ОБУЧАВАНИТЕ ВЪВ ВРЪЗКА С ИЗДАВАНЕ НА УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА ПРИСЪДЕНИ КВАЛИФИКАЦИОННИ КРЕДИТИ:

1.
(име, презиме, фамилия)
роден/а на год., в гр. (с)
на длъжност месторабота
(пълно наименование на институцията)
гр. (с.), обл.
завършил/а, гр.
(висше училище)
образователно-квалификационна степен.....специалност:.....
диплома серия № от

2.
(име, презиме, фамилия)
роден/а на год., в гр. (с)
на длъжност месторабота
(пълно наименование на институцията)
гр. (с.), обл.
завършил/а, гр.
(висше училище)
образователно-квалификационна степен.....специалност:.....
диплома серия № от

3.
(име, презиме, фамилия)
роден/а на год., в гр. (с)
на длъжност месторабота
(пълно наименование на институцията)
гр. (с.), обл.
завършил/а, гр.
(висше училище)
образователно-квалификационна степен.....специалност:.....
диплома серия № от



ГЛОССА ТЕРАПИ ЕООД
лице за контакт: Катерина Щерева
GSM: 0898 795 413; <http://logopedsofia.com/>; katerinashтерева@abv.bg