Załącznik nr 7

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| imię i nazwisko osoby fizycznej/nazwa osoby prawnej |  | miejscowość, data |
|  |  |  |
| adres |  |  |

**Marszałek Województwa Łódzkiego**

Proszę o wydanie zaświadczenie o wpisie do ewidencji niepublicznych placówek doskonalenia nauczycieli prowadzonej przez Samorząd Województwa Łódzkiego dla placówki:

* nazwa placówki: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* data dokonania wpisu do ewidencji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* numer, pod którym placówka została wpisana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | podpis osoby fizycznej  imię, nazwisko, funkcja oraz podpis/podpisy osoby/osób upoważnionych do reprezentowania osoby prawnej |