



Se aprobă,
Director CCD Botoșani

Domnule Director,

Subsemnatul(a) _____, funcția
[numele, inițiala(lele) prenumelui(lor) tatălui, prenumele complet]
didactică _____, specialitatea _____,
încadrat(ă) la Grădinița / Școala / Liceul _____,
din _____, gradul didactic _____, CNP _____,
vă rog să aprobați participarea contra-cost la programul de formare avizat

din **Oferta de formare continuă a C.C.D. Botoșani.**

Data,

Semnătura,

e-mail: _____

telefon: _____