**Opinia**

**Opinia dyrektora szkoły (placówki) lub Wicestarosty\* potwierdzająca, że wybrana   
specjalność oraz forma kształcenia i doskonalenia nauczyciela prowadzona przez szkoły wyższe, placówki doskonalenia nauczycieli oraz inne podmioty, których zadania statutowe obejmują doskonalenie zawodowe nauczycieli, jest zgodna z potrzebami szkoły (placówki)\*:**

............................................................................

*(imię i nazwisko nauczyciela)*

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................……………………

............................................................. ...........................................................

miejscowość, data podpis dyrektora szkoły (placówki) lub Wicestarosty\*

*\* odpowiednie podkreślić*