



Se aprobă,  
Director C.C.D.

Doamnă Director,

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, funcția  
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: \_\_\_\_\_