

Wrocław,

Imię i nazwisko:

Stanowisko:

Tel. kontaktowy:

Wniosek realizuje:

Dyrektor
Dolnośląskiego Specjalnego Ośrodka
Szkolno-Wychowawczego nr 13
dla Uczniów Niewidomych
i Słabowidzących
oraz z innymi niepełnosprawnościami
we Wrocławiu

WNIOSEK

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na.....

.....

.....

.....

Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

Orientacyjny koszt:

.....

Podpis

data przyjęcia

data akceptacji

termin realizacji.....

Przełożony	Dyrektor
Główna Księgowa	Kierownik Administracji i Kadr