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

*miejscowość, data*

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

*imię i nazwisko dyrektora*

*placówki doskonalenia nauczycieli*

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

*nazwa placówki doskonalenia nauczycieli*

**Z g o d a**

Wyrażam zgodę na skrócenie okresu zawiadomienia o terminie i miejscu przeprowadzenia wizyty akredytacyjnej, o której mowa w § 7 ust. 4 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 października 2018 r. w sprawie akredytacji placówek doskonalenia nauczycieli (Dz. U. z 2018 r. poz. 2029).

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

*podpis*