Załącznik nr 2

Wzór zgody nauczyciela na realizację godzin ponadwymiarowych

Otwock, dnia .....

.....
Imię i nazwisko

Oświadczenie

Ja niżej podpisana/ny .....wyrażam zgodę na pracę w godzinach

ponadwymiarowych w ilości ..... godzin tygodniowo w roku szkolnym 20 ..../20....

.....

tel.: 22 779 50 89, 882 082 456 • sekretariat@medyk-otwock.pl • www.medyk-otwock.pl
ul. Michała Elwiro Andriollego 90, 05-400 Otwock

Mazowsze. serce Polski