# Wniosek

# o podjęcie Partnerstwa

# z Regionalnym Ośrodkiem Doskonalenia Nauczycieli „WOM” w Częstochowie Publiczną Biblioteką Pedagogiczną

## 1. Organizator:

a) nazwa

b) siedziba (ulica, numer, kod, miejscowość, województwo)

c) telefon, e-mail, adres strony internetowej

## 2. Nazwa przedsięwzięcia:

## 3. Partnerzy i współorganizatorzy przedsięwzięcia:

**4. Patronaty:**

## 5. Miejsce i termin realizacji:

## 6. Do kogo kierowane jest przedsięwzięcie i jaka jest planowana liczba uczestników?

## 7. Cele edukacyjne przedsięwzięcia:

## 8. Zadania nauczyciela bibliotekarza PBP RODN „WOM” w Częstochowie / nauczyciela-konsultanta / nauczyciela-doradcy metodycznego RODN „WOM” w Częstochowie:

## 9. Czy udział w przedsięwzięciu jest odpłatny dla uczestników?

[ ] tak

[ ] nie

miejsce i data pieczątka i podpis

## Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się i akceptuję Regulamin Partnerstwa z Regionalnym Ośrodkiem Doskonalenia Nauczycieli „WOM” w Częstochowie.

miejsce i data pieczątka i podpis