

**OŚWIADCZENIE O ILOŚCI GODZIN SUPERWIZJI  
FINANSOWANYCH Z INNYCH ŹRÓDEŁ**

Oświadczam, że w naszej placówce ( nazwa i adres )

---

---

---

---

**W ROKU 2017**

**1.** Będzie odbywać się superwizja finansowana ( *proszę zakreślić właściwy punkt lub punkty*):

**a/** ze środków własnych

**b/** ze środków samorządów gminnych

Superwizja ta obejmować będzie \_\_\_\_\_ godzin,

prowadzona jest (będzie) przez \_\_\_\_\_

**2.** Nie będzie odbywać się superwizja finansowana ze środków własnych lub samorządów gminnych/lokalnych.

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis kierownika placówki

\_\_\_\_\_  
Pieczęć placówki