RÉSZVÉTELI IGAZOLÁS

Ez a nyilatkozat igazolja, hogy a(z) *(küldő intézmény neve)* képviseletében az alábbi személy(ek):

|  |  |
| --- | --- |
| Név | Beosztás *(tanár, nevelő, diák, támogatott intézmény egyéb alkalmazottja)* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

vett(ek) részt Stratégiai Partnerségek *(találkozó típusa: nemzetközi partnertalálkozón; rövidtávú diákcserén; munkatársak közös, rövid távú képzésén* a(z) (*fogadó intézmény neve)* intézményben, *(teljes dátum)* és *(teljes dátum)* között.

*(Település és dátum)*

(*fogadóintézmény vezetőjének neve és aláírása)*

(*fogadóintézmény bélyegzője)*