

Образац број 2

НАЗИВ УСТАНОВЕ: _____
СЕДИШТЕ И АДРЕСА: _____
ОКРУГ: _____
ШКОЛСКА УПРАВА: _____
ДИРЕКТОР: _____
КОНТАКТ ТЕЛ.: _____
E-MAIL и WEBSITE: _____

ЗАХТЕВ ШКОЛСКОЈ УПРАВИ

ЗА ДОДАТНОМ ПОДРШКОМ ОД СТРАНЕ ЗАПОСЛЕНИХ У УСТАНОВИ ПРУЖАОЦУ
УСЛУГЕ

Редни број	Мишљење ИРК (број предмета)*	Врста подршке	Пружалац услуге (радно место)
1.			
2.			
3.			

* Не уносити име и презиме детета/ученика/одраслог, већ само написати број под којим се води Мишљење интерресорне комисије за процену додатне образовне, здравствене и социјалне подршке.

Датум _____	Директор установе _____
----------------	----------------------------