В аттестационную комиссию

Министерства образования Тверской области

по аттестации

педагогических работников

организаций

Тверской области,

осуществляющих образовательную деятельность,

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, место работы с указанием территории)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу перенести дату аттестации с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г**. Подпись **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**