**Согласие работника на закрепление за ним наставника**

Настоящим я,

………………………………………………………………………………………………, (фамилия, имя, отчество работника, занимаемая им должное- " - званием  
организации)

…………………………………………………………………………………………………………………………..,

даю свое согласие на закрепление за мной с «\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. по

«\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. в качестве наставника

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество наставника, занимаемая им должность с названием организации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в целях осуществления следующих видов наставничества:

№ Дополнительные обязанности

Ожидаемый результат

Условия

Сроки

1. Систематическая методическая поддержка молодых псдагогов  
   (имеющих педагогических стаж менее трех лет) организации (Работодателя).

Преодоление профессиональных затруднений при применении методов  
формирующего оценивания. Посещение, совместное проектирование и  
анализ уроков, составление планов самообразования (ИОМ)

Учебный год.

1. «\_\_\_\_»…………..20…. г.

/***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*** '

(дата оформления согласия) (подпись и расшифровка подписи работника)