

.....
(pieczęćka placówki kształcenia ustawicznego,
placówki kształcenia praktycznego
lub ośrodka dokształcania
i doskonalenia zawodowego)

ZASWIADCZENIE o ukończeniu kursu

Jan Kowalski

Zaswiadcza się, że Pan/i

.....
(imię/imiiona i nazwisko)

01.01.1111

Gdańsk

1111111111

.....
(data urodzenia)

.....
(miejsce urodzenia)

.....
(numer PESEL¹)

Ustna sprawność ruchowa w karmieniu i żywieniu dziecka

ukończył/a kurs

Strategie leczenia wg M. D. Klein i T. A. Delaney

.....
(nazwa kursu)

16

..... w wymiarze godzin

Niepubliczna Placówka Oświatowa Kształcenia Ustawicznego

Prowadzony przez

w Zakresie Diagnostyki i Terapii Dysfagii, ul. Pl Afrodyty 1/XI, 80-180 Kowale

.....
(nazwa i adres placówki kształcenia ustawicznego,
placówki kształcenia praktycznego
lub ośrodka dokształcania i doskonalenia zawodowego)

Zaswiadczenie wydano na podstawie § 18 ust. 2 rozporządzenia Ministerstwa Edukacji
Narodowej z dnia 11 stycznia 2012 r. w sprawie kształcenia ustawicznego w formach
pozaszkolnych (Dz. U. z 2014 r. poz. 622).

Gdańsk, dnia 01.01.1111 r.

.....
(miejscowość, data)

Nr MEN-SUI-111/2015 r.²

.....
(pieczęćka i podpis dyrektora
placówki kształcenia ustawicznego,
placówki kształcenia praktycznego
lub ośrodka dokształcania i doskonalenia zawodowego)

¹ W przypadku osoby, która nie posiada numeru PESEL, należy wpisać nazwę i numer dokumentu potwierdzającego jej tożsamość.
² Wpisać numer z ewidencji zaświadczeń prowadzonej przez placówkę kształcenia ustawicznego, placówkę kształcenia praktycznego lub ośrodek dokształcania i doskonalenia zawodowego.