

WZÓR



Ś W I A D E C T W O  
UKOŃCZENIA KURSU KWALIFIKACYJNEGO

.....  
*imię (imiona) i nazwisko*

urodzony(-na) dnia ..... r. w .....

ukończył(a) w roku szkolnym ..... / .....

.....  
*(nazwa kursu)*

zorganizowany przez .....

*(nazwa podmiotu prowadzącego kurs)*

na podstawie zgody wydanej przez .....

dnia ..... r. nr .....

i uzyskał(a) kwalifikacje .....

*Podstawa prawna:*

*rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 maja 2019 r. w sprawie placówek doskonalenia nauczycieli (Dz. U. poz. 1045).*

*(pieczęć podmiotu  
prowadzącego kurs)*

.....  
*(kierownik podmiotu prowadzącego kurs)*

Numer w rejestrze wydanych świadectw .....

....., dnia ..... r.  
*(miejsowość)*

MEN/2019

Lp.	Zajęcia zrealizowane na kursie kwalifikacyjnym	Wymiar godzin zajęć	
		teoretycznych	praktycznych
	Razem		