

WZÓR

.....
(pieczęć, nadruk lub naklejka podmiotu prowadzącego kurs kwalifikacyjny)

.....
(miejsowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE NR/.....
potwierdzające odbycie kursu kwalifikacyjnego w zakresie**

.....
(zakres tematyczny kursu kwalifikacyjnego)

Zaświadcza się, że Pani/Pan*
(imię/imiona i nazwisko ratownika medycznego)

numer PESEL**

w dniach od do
(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

odbyła/odbył* kurs kwalifikacyjny prowadzony przez
.....
.....
(nazwa i siedziba podmiotu prowadzącego kurs kwalifikacyjny)

i złożyła/złożył* egzamin teoretyczny/praktyczny* przed komisją egzaminacyjną z wynikiem pozytywnym.

Egzamin został przeprowadzony przed komisją egzaminacyjną w składzie:

1.
(imię/imiona i nazwisko członka komisji egzaminacyjnej)
2.
(imię/imiona i nazwisko członka komisji egzaminacyjnej)
3.
(imię/imiona i nazwisko członka komisji egzaminacyjnej)

* Niewłaściwe skreślić.

** W przypadku braku numeru PESEL należy podać serię i numer paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

Zakres czynności objętych kursem kwalifikacyjnym

1.

2.

3.

.....
(imię/imiona i nazwisko kierownika podmiotu prowadzącego kurs kwalifikacyjny)