……………………………………….. …………………………………

(pieczęć podmiotu prowadzącego kurs) (miejscowość, data)

# ZAŚWIADCZENIE

**NR ………………………/ r.**

(numer zaświadczenia)

# o ukończeniu wojskowo-medycznego kursu kwalifikacyjnego w zakresie:

……………………………………………………………………………………….

(zakres tematyczny kursu)

## Zaświadcza się, że Pani/Pan\* ……………….…………………………….……………..

(stopień, imię i nazwisko, numer PESEL)

## w dniach: od……………………………. do ……………………...…………….….

(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

## uczestniczyła/uczestniczył w wojskowo-medycznym kursie kwalifikacyjnym, organizowanym przez …………………………………………………….…………

(nazwa i siedziba podmiotu prowadzącego kurs)

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

# Zaświadczenie jest ważne 3 lata od daty wydania

…………………………………. ……………………………………..………. (pieczęć i podpis kierownika (podpisy członków komisji egzaminacyjnej) podmiotu prowadzącego kurs)

……………………..………….……..…….

(podpisy członków komisji egzaminacyjnej)

……………………………………….…….

(podpisy członków komisji egzaminacyjnej)

\* Niepotrzebne skreślić.

……………………………………….…….

(podpisy członków komisji egzaminacyjnej)

# ZAKRES CZYNNOŚCI OBJĘTYCH KURSEM:

1. *………………………………………………………………………………………*

2. *………………………………………………………………………………………*

3. *………………………………………………………………………………………*

4. *………………………………………………………………………………………*

5. *………………………………………………………………………………………*

…………………………………. ………………………………………………. (pieczęć i podpis kierownika (podpisy członków komisji egzaminacyjnej) podmiotu prowadzącego kurs)

……………………………………………….

(podpisy członków komisji egzaminacyjnej)

………………………………………...…….

(podpisy członków komisji egzaminacyjnej)

……………………………………….…….

(podpisy członków komisji egzaminacyjnej)