

.....
*Pieczętka placówki kształcenia ustawicznego
placówki kształcenia zawodowego lub ośrodka dokształcania i
doskonalenia zawodowego*

ZAŚWIADCZENIE o ukończeniu kursu ADZ-N 371/2017-160/2018

Paweł MIJAS

Zaświadcza się, że Pan/i

(Imię i Nazwisko)

16.09.1966

Kielce



.....
(data urodzenia)

.....
(miejsce urodzenia)

.....
(nr PESEL)

Hipnoterapia

Ukończył/a kurs

.....
(nazwa kursu)

Rozporządzenie MPiPS (Dz. U. z 2014 r., poz. 1145) 300
.....Kod zawodu 323009 (średni personel do spraw zdrowia) w wymiarze godzin

29.09.2017 - 03.06.2018

.....
prowadzony w terminie

Akademia Doskonalenia Zawodowego „NATUROPATA”

przez

05-825 Adamowizna ul. Osowiecka 33

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

Zaświadczenie wydano zgodnie z § 71 ust. 4 Rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy (Dz.U. z 2014., poz.667)

Adamowizna 03.06.2018

.....
(miejscowość, data)

Wydano Suplement nr:
ADZ-N 371/2017
ADZ-N 160/2018



ADZ Naturopata - Dyrektor

Grzegorz Halkiew

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