

Logo
placówki
dokonującej
akredytacji

**NAZWA
PLACÓWKI DOKONUJĄCEJ AKREDYTACJI**

Adres siedziby placówki, strona WWW, adres e-mail,
tel. centr.:, tel. sekr.:, fax:

**C E R T Y F I K A T (Ś W I A D E C T W O)
AKREDYTACJI UMIEJĘTNOŚCI I KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH**

Nr/...../...../.....

Pan(i) _____
(imię i nazwisko)

urodzony(a) _____ w _____

złożył(a) w dniu _____ egzamin z

.....
zakończony **pozytywną oceną oraz akredytacją**
kwalifikacji i umiejętności zawodowych wyszczególnionych na odwrocie.

Postępowanie przeprowadzono w

(nazwa placówki dokonującej akredytacji)

w zgodnie z ujednoliconą w krajach UE
(siedziba placówki dokonującej akredytacji)

Procedurą Akredytowania Umiejętności i Kwalifikacji Zawodowych N-FL/IL IN LLL.

m. p.

Komisja (Zespół, Rada) Akredytacyjna:

Dyrektor

(placówki dokonującej akredytacji)

1. _____
tytuł naukowy (lub zawodowy), imię, nazwisko – Przewodniczący
(nazwa miejsca zatrudnienia)

(imię, nazwisko i podpis)

2. _____
tytuł naukowy (lub zawodowy), imię, nazwisko – członek Komisji
(nazwa miejsca zatrudnienia)

3. _____
tytuł naukowy (lub zawodowy), imię, nazwisko – Sekretarz Techniczny
(nazwa placówki dokonującej akredytacji)

Miejscowość, dnia

Akredytowane kwalifikacje zawodowe

Rodzaj (nazwa) kwalifikacji zawodowych:

Akredytowane umiejętności zawodowe

Rodzaj (nazwa), zakres i stopień opanowania umiejętności zawodowych:

Przewodniczący
Komisji (Zespołu, Rady) Akredytacyjnej

tytuł naukowy (lub zawodowy), imię, nazwisko

Logo
placówki
dokonującej
akredytacji

**NAZWA
PLACÓWKI DOKONUJĄCEJ AKREDYTACJI**

Adres siedziby placówki, strona WWW, adres e-mail,
tel. centr.:, tel. sekr.:, fax:

**C E R T Y F I K A T (Ś W I A D E C T W O)
AKREDYTACJI UMIEJĘTNOŚCI I KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH**

Nr/...../...../.....

Pan(i) _____
(imię i nazwisko)

urodzony(a) _____ w _____

złożył(a) w dniu _____ **dokumentację** potwierdzającą

Postępowanie dowodowe zakończono **pozytywną oceną** oraz **akredytacją**
kwalifikacji i umiejętności zawodowych wyszczególnionych na odwrocie.

Postępowanie przeprowadzono w _____
(nazwa placówki dokonującej akredytacji)

w _____ zgodnie z ujednoliconą w krajach UE
(siedziba placówki dokonującej akredytacji)

Procedurą Akredytowania Umiejętności i Kwalifikacji Zawodowych N-FL/IL IN LLL.

m. p.

Komisja (Zespół, Rada) Akredytacyjna:

Dyrektor

(placówki dokonującej akredytacji)

1. _____
tytuł naukowy (lub zawodowy), imię, nazwisko – Przewodniczący
(nazwa miejsca zatrudnienia)

(imię, nazwisko i podpis)

2. _____
tytuł naukowy (lub zawodowy), imię, nazwisko – członek Komisji
(nazwa miejsca zatrudnienia)

3. _____
tytuł naukowy (lub zawodowy), imię, nazwisko – Sekretarz Techniczny
(nazwa placówki dokonującej akredytacji)

Miejscowość, dnia

Akredytowane kwalifikacje zawodowe

Rodzaj (nazwa) kwalifikacji zawodowych:

Akredytowane umiejętności zawodowe

Rodzaj (nazwa), zakres i stopień opanowania umiejętności zawodowych:

Przewodniczący
Komisji (Zespołu, Rady) Akredytacyjnej

tytuł naukowy (lub zawodowy), imię, nazwisko

Logo
placówki
dokonującej
akredytacji

**NAZWA
PLACÓWKI DOKONUJĄCEJ AKREDYTACJI**

Adres siedziby placówki, strona WWW, adres e-mail,
tel. centr.:, tel. sekr.:, fax:

**C E R T Y F I K A T (Ś W I A D E C T W O)
AKREDYTACJI UMIEJĘTNOŚCI I KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH**

Nr/...../...../.....

Pan(i) _____
(imię i nazwisko)

urodzony(a) _____ w _____

złożył(a) w dniu _____ egzamin z

i dokumentację potwierdzającą

Postępowanie zakończono **pozytywną oceną oraz akredytacją**
kwalifikacji i umiejętności zawodowych wyszczególnionych na odwrocie.

Postępowanie przeprowadzono w

(nazwa placówki dokonującej akredytacji)

w zgodnie z ujednoliconą w krajach UE
(siedziba placówki dokonującej akredytacji)

Procedurą Akredytowania Umiejętności i Kwalifikacji Zawodowych N-FL/IL IN LLL.

m. p.

Komisja (Zespół, Rada) Akredytacyjna:

Dyrektor

(placówki dokonującej akredytacji)

1. _____
tytuł naukowy (lub zawodowy), imię, nazwisko – Przewodniczący
(nazwa miejsca zatrudnienia)

(imię, nazwisko i podpis)

2. _____
tytuł naukowy (lub zawodowy), imię, nazwisko – członek Komisji
(nazwa miejsca zatrudnienia)

3. _____
tytuł naukowy (lub zawodowy), imię, nazwisko – Sekretarz Techniczny
(nazwa placówki dokonującej akredytacji)

Miejscowość, dnia

Akredytowane kwalifikacje zawodowe

Rodzaj (nazwa) kwalifikacji zawodowych:

Akredytowane umiejętności zawodowe

Rodzaj (nazwa), zakres i stopień opanowania umiejętności zawodowych:

Przewodniczący
Komisji (Zespołu, Rady) Akredytacyjnej

tytuł naukowy (lub zawodowy), imię, nazwisko