Oświadczenie o odbyciu kursu Asystenta Zdrowienia

Ja, niżej podpisany/a ……., zamieszkały/a w …… ul…….. i legitymujący/a dowodem osobistym o numerze PESEL: …….. oświadczam, że ukończyłem(am)/nie ukończył(am)* kurs/u na Asystenta Zdrowienia w wymiarze ……godzin organizowanym przez ……..
……**
Ukończenie kursu poświadczam certyfikatem ukończenia kursu, dołączonym do niniejszego pisama.***

…….. ……

Data Podpis Kandydata

* niewłaściwe skreślić

**wpisać nazwę jednostki organizacyjnej (w przypadku ukończenia kursu)

**dołączyć certyfikat ukończenia kursu w formacie PDF (w przypadku ukończenia kursu)