

**FORMULARZ  
REKOMENDACJI PRACODAWCÓW LUB ZWIĄZKU BRANŻOWEGO**

<b>DANE PODMIOTU/INSTYTUCJI WYDAJĄCEJ CERTYFIKAT</b>	
Nazwa certyfikatu	Certyfikat potwierdzający uzyskanie kwalifikacji zawodowych
Nazwa podmiotu wydającego certyfikat	Warto Szkolić Sp. z o. o.
Adres siedziby	Ul. Armii Poznań 36, 62-200 Gniezno

<b>Oświadczam, że akceptuję program i efekty kształcenia kursu, a dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji jest rozpoznawalny i uznawany w danej branży/sektorze</b>	
<b>Nazwa kursu i kwalifikacji</b>	
<b>1.</b>	<b>Kurs KOBIDO</b>

Ponadto oświadczam, że nie prowadzę walidacji lub certyfikacji ww. kwalifikacji oraz nie jestem powiązany ani z podmiotem, na rzecz którego wystawiam rekomendację oraz z instytucją certyfikującą ww. kwalifikację.

Dodatkowo oświadczam, że:

- jestem pracodawcą posiadającym stanowisko pracy MASAŻYSTA TWARZY
- jestem w stanie zatrudnić absolwenta w/w kursu.

14.02.2025

.....  
Data, podpis, pieczęć pracodawcy

PRZEDSIĘBIORSTWO HANDLOWO USŁUGOWE  
*Martyna Sokolowska*  
Al. Komisji Edukacji Narodowej 36 lok. 108u  
02-797 Warszawa tel. 739 207 201  
NIP: 8431571240, REGON: 221891054

**FORMULARZ  
REKOMENDACJI PRACODAWCÓW LUB ZWIĄZKU BRANŻOWEGO**

<b>DANE PODMIOTU/INSTYTUCJI WYDAJĄCEJ CERTYFIKAT</b>	
<b>Nazwa certyfikatu</b>	Certyfikat potwierdzający uzyskanie kwalifikacji zawodowych
<b>Nazwa podmiotu wydającego certyfikat</b>	Warto Szkolić Sp. z o. o.
<b>Adres siedziby</b>	Ul. Armii Poznań 36, 62-200 Gniezno

**Oświadczam, że akceptuję program i efekty kształcenia kursu, a dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji jest rozpoznawalny i uznawany w danej branży/sektorze**

<b>Nazwa kursu i kwalifikacji</b>	
<b>1.</b>	<b>Kurs KOBIDO</b>

Ponadto oświadczam, że nie prowadzę walidacji lub certyfikacji ww. kwalifikacji oraz nie jestem powiązany ani z podmiotem, na rzecz którego wystawiam rekomendację oraz z instytucją certyfikującą ww. kwalifikację.

Dodatkowo oświadczam, że:

- jestem pracodawcą posiadającym stanowisko pracy MASAŻYSTA TWARZY
- jestem w stanie zatrudnić absolwenta w/w kursu.

**Studio Malowiana**  
Marzena Dobrzyń  
ul. Legionów 9, 43-300 Bielice-Dąbka  
NIP: 5471740130, REGON: 302836905  
tel. 533 477 401

14.02.2025

.....  
*Data, podpis, pieczęć pracodawcy*

**FORMULARZ  
REKOMENDACJI PRACODAWCÓW LUB ZWIĄZKU BRANŻOWEGO**

<b>DANE PODMIOTU/INSTYTUCJI WYDAJĄCEJ CERTYFIKAT</b>	
<b>Nazwa certyfikatu</b>	Certyfikat potwierdzający uzyskanie kwalifikacji zawodowych
<b>Nazwa podmiotu wydającego certyfikat</b>	Warto Szkolić Sp. z o. o.
<b>Adres siedziby</b>	Ul. Armii Poznań 36, 62-200 Gniezno

<b>Oświadczam, że akceptuję program i efekty kształcenia kursu, a dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji jest rozpoznawalny i uznawany w danej branży/sektorze</b>	
<b>Nazwa kursu i kwalifikacji</b>	
<b>1.</b>	<b>Kurs KOBIDO</b>

Ponadto oświadczam, że nie prowadzę walidacji lub certyfikacji ww. kwalifikacji oraz nie jestem powiązany ani z podmiotem, na rzecz którego wystawiam rekomendację oraz z instytucją certyfikującą ww. kwalifikację.

Dodatkowo oświadczam, że:

- jestem pracodawcą posiadającym stanowisko pracy MASAŻYSTA TWARZY
- jestem w stanie zatrudnić absolwenta w/w kursu.

14.02.2025  
LasekRevolta Martyna Maselik  
Pl. Akademicki 1/1, 41-902 Bytom  
NIP 4960243310 REGON: 527134942  
tel. +48 502 100 688

.....  
*Data, podpis, pieczęć pracodawcy*



**FORMULARZ  
REKOMENDACJI PRACODAWCÓW LUB ZWIĄZKU BRANŻOWEGO**

<b>DANE PODMIOTU/INSTYTUCJI WYDAJĄCEJ CERTYFIKAT</b>	
Nazwa certyfikatu	Certyfikat potwierdzający uzyskanie kwalifikacji zawodowych
Nazwa podmiotu wydającego certyfikat	Warto Szkolić Sp. z o. o.
Adres siedziby	Ul. Armii Poznań 36, 62-200 Gniezno

Oświadczam, że akceptuję program i efekty kształcenia kursu, a dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji jest rozpoznawalny i uznawany w danej branży/sektorze	
Nazwa kursu i kwalifikacji	
1.	Kurs KOBIDO

Ponadto oświadczam, że nie prowadzę walidacji lub certyfikacji ww. kwalifikacji oraz nie jestem powiązany ani z podmiotem, na rzecz którego wystawiam rekomendację oraz z instytucją certyfikującą ww. kwalifikację.

Dodatkowo oświadczam, że:

- jestem pracodawcą posiadającym stanowisko pracy MASAŻYSTA TWARZY
- jestem w stanie zatrudnić absolwenta w/w kursu.

**KOSMETOLOGIA ESTETYCZNA**

Izabela Prządził

43-300 Bielsko-Biała, ul. Żywiecka 54

tel: 533 103 101

NIP: 6482405453 REGON: 241764995

14.02.2025

.....  
Data, podpis, pieczęć pracodawcy

**FORMULARZ  
REKOMENDACJI PRACODAWCÓW LUB ZWIĄZKU BRANŻOWEGO**

DANE PODMIOTU/INSTYTUCJI WYDAJĄCEJ CERTYFIKAT	
Nazwa certyfikatu	Certyfikat potwierdzający uzyskanie kwalifikacji zawodowych
Nazwa podmiotu wydającego certyfikat	Warto Szkolić Sp. z o. o.
Adres siedziby	Ul. Armii Poznań 36, 62-200 Gniezno

Oświadczam, że akceptuję program i efekty kształcenia kursu, a dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji jest rozpoznawalny i uznawany w danej branży/sektorze	
Nazwa kursu i kwalifikacji	
1.	Kurs KOBIDO

Ponadto oświadczam, że nie prowadzę walidacji lub certyfikacji ww. kwalifikacji oraz nie jestem powiązany ani z podmiotem, na rzecz którego wystawiam rekomendację oraz z instytucją certyfikującą ww. kwalifikację.

Dodatkowo oświadczam, że:

- jestem pracodawcą posiadającym stanowisko pracy MASAŻYSTA TWARZY
- jestem w stanie zatrudnić absolwenta w/w kursu.

14.02.2025

Jakub Kobyłka  
MOBILNA FIZJOTERAPIA  
41-907 Bytom, ul. Mazurska 37/34  
NIP: 626 796 29 44  
tel. 50 707 6599

.....  
Data, podpis, pieczęć pracodawcy