

# WZÓR



Ośrodek Szkolenia Zawodowego

.....  
Pieczęć organizatora szkolenia

**ul. Saturna 2**  
**41-818 Zabrze**  
**tel. 32 740-99-00**

## **ZAŚWIADCZENIE**

o ukończeniu szkolenia: F-GAZY

Potwierdza się, że Pan/Pani .....

Nr PESEL: .....

Odbył/a szkolenie : F-GAZY

W dniach ..... 2024 r.

w zakresie niezbędnych do wykonywania czynności objętych kategorią I zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM WYKONAWCZYM KOMISJI (UE) 2015/2067 nr 517/2014 z dnia 17 listopada 2015 r. minimalne wymagania i warunki wzajemnego uznawania certyfikacji osób fizycznych w odniesieniu do stacjonarnych urządzeń chłodniczych, klimatyzacyjnych i pomp ciepła oraz agregatów chłodniczych samochodów ciężarowych i przyczep chłodni, zawierających fluorowane gazy cieplarniane, a także certyfikacji przedsiębiorstw w odniesieniu do stacjonarnych urządzeń chłodniczych, klimatyzacyjnych i pomp ciepła zawierających fluorowane gazy cieplarniane (Dz. U. L 301/28 z 17.11.2015).

W wymiarze: ... godzin

prowadzony przez: Ośrodek Szkolenia Zawodowego „OMEGA” s.c.

Zaświadczenie wydano na podstawie § 15 ust. 2 rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 6 października 2023r. w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych (Dz. U. 2175).

Zabrze dnia: ..... 2024r.

Nr zaświadczenia wg rejestru: FG/...../2024

.....  
(pieczęć i podpis dyrektora placówki  
kształcenia ustawicznego, placówki kształcenia  
praktycznego lub ośrodka doskonalenia i  
doskonalenia zawodowego)