



90-361 Łódź
ul. Piotrkowska 278
tel. 42 636 44 44, fax 42 636 44 41
(pieczęć placówki kształcenia ustawicznego,
placówki kształcenia praktycznego
lub ośrodka dokształcania
i doskonalenia zawodowego)

ZASWIADCZENIE o ukończeniu kursu

Zaswiadcza się, że Pan/i **Alicja Goleniec**
(imie i imiona i nazwisko)

16 sierpnia 1971

(data urodzenia)

Kraków

(miejsce urodzenia)

71081602506

(numer PESEL¹⁾)

ukończył/a kurs **pedagogiczny dla instruktorów praktycznej nauki zawodu**
(nazwa kursu)

w wymiarze **48** godzin, w terminie od dnia **01.08.2021** do dnia **09.08.2021**
(wymiar godzin kształcenia na kursie, termin w jakim odbył się kurs)

.....
prowadzony przez
**Ośrodek Szkoleniowy Centrum Nauki i Biznesu "Zak" w Łodzi ul. Piotrkowska 278,
90-361 Łódź**

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

Program kursu został zatwierdzony przez Kuratorium Oświaty w Łodzi, pismem z dnia
02.03.2020r. o numerze LKO.WNP.5633.1.2020.JO
(informacja o zatwierdzeniu kursu przez właściwego kuratora oświaty, numer zatwierdzenia)

Zaswiadczenie wydano na podstawie §19 ust. 5 i 6 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z
dnia 22 lutego 2019 r. w sprawie praktycznej nauki zawodu (Dz. U. 2019.391).

Łódź, 10.08.2021r.

(data wydania zaświadczenia)

Nr 19-2/55262/2021²⁾

DYREKTOR
Ośrodka Szkoleniowego
Katarzyna Błaska

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



BLIZNY MECHANIZMY

CERTYFIKAT

zaświadcza się, że
ALICJA GOLENIEC
uczestniczyła w szkoleniu

MASTER CLASS

Blizny i diagnostyka obrazowa



27-28.02.2021r. Radzyń Podlaski
data, miejscowość

Wojciech Jan Korwowski
dr inż. Wojciech Jan Korwowski

numer
certyfikatu 2/2021

