

FORMULARZ REKOMENDACJI PRACODAWCÓW LUB ZWIĄZKU BRANŻOWEGO

DANE PODMIOTU/INSTYTUCJI WYDAJĄCEJ CERTYFIKAT		
Nazwa certyfikatu	Certyfikat potwierdzający uzyskanie kwalifikacji zawodowych	
Nazwa podmiotu wydającego certyfikat	INFORNET.EU SP. Z O.O.	
Adres siedziby	UL. ŻÓŁKIEWSKIEGO 8, 63-400 OSTRÓW WIELKOPOLSKI	
Oświadczam, że akceptuję program i efekty kształcenia kursu, a dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji jest rozpoznawalny i uznawany w danej branży/sektorze. Tym samym przekazuję pozytywne rekomendacje. <i>Ponadto nie prowadzę walidacji lub certyfikacji w danej kwalifikacji ani nie jestem powiązany z podmiotem, na rzecz którego wystawiam rekomendację.</i>		
NAZWA KURSU I KWALIFIKACJI	1.	PROWADZENIE ZAJĘĆ TERAPEUTYCZNYCH METODĄ HIPOTERAPII Z ELEMENTAMI INTEGRACJI SENSORYCZNEJ.

*** oświadczam, że zatrudniam pracowników w danej branży

STOWARZYSZENIE WSPOMAGAJĄCE
DZIAŁALNOŚĆ ZESPOŁU SZYŁ SPECJALNYCH
"PROMYK"
ul. Kościuszki 5, tel. 735-57-54
63-400 Ostrów Wielkopolski

Stowarzyszenie Wsparcia i Rehabilitacji Osób z Niepełnosprawnościami
Zespół Szkół Specjalnych "Promyk" rep. Zespół Szkół Specjalnych "Promyk"

mgr Dariusz Suski
PREZES STOWARZYSZENIA

Stowarzyszenie wspomagające działalność
Zespołu Szkół Specjalnych "Promyk" rep. Zespół Szkół Specjalnych "Promyk"

Agata Grzesiak
wiceprezes

FORMULARZ REKOMENDACJI PRACODAWCÓW LUB ZWIĄZKU BRANŻOWEGO

DANE PODMIOTU/INSTYTUCJI WYDAJĄCEJ CERTYFIKAT		
Nazwa certyfikatu	Certyfikat potwierdzający uzyskanie kwalifikacji zawodowych	
Nazwa podmiotu wydającego certyfikat	INFORNET.EU SP. Z O.O.	
Adres siedziby	UL. ŻÓŁKIEWSKIEGO 8, 63-400 OSTRÓW WIELKOPOLSKI	
Oświadczam, że akceptuję program i efekty kształcenia kursu, a dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji jest rozpoznawalny i uznawany w danej branży/sektorze. Tym samym przekazuję pozytywne rekomendacje. <i>Ponadto nie prowadzę walidacji lub certyfikacji w danej kwalifikacji ani nie jestem powiązany z podmiotem, na rzecz którego wystawiam rekomendację.</i>		
NAZWA KURSU I KWALIFIKACJI	1.	PROWADZENIE ZAJĘĆ TERAPEUTYCZNYCH METODĄ HIPOTERAPII Z ELEMENTAMI INTEGRACJI SENSORYCZNEJ.

*** oświadczam, że zatrudniam pracowników w danej branży

Ostrowskie Centrum Terapii

ul. Kresowa 1

63-400 Ostrów Wielkopolski

NIP 622-262-85-41 R-N 300499970

Ostrowskie Centrum Terapii

Ewa Nowicka

WCEPREZES

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania przedsiębiorstwa