

# CERTYFIKAT

nr.....

**ukończenia przez**

Panią/Pana.....  
(imię i nazwisko)

urodzonej/urodzonego.....w.....  
(data) (miejsce)

nr PESEL<sup>(1)</sup>.....

**kursu**  
**do wykonywania pracy na stanowisku sekretarka/rz medyczna/**  
**lub na innym stanowisku, na którym realizowane są zadania**  
**związane m. in. z prowadzeniem dokumentacji medycznej,**  
**w zakresie koordynacji administracji medycznej,**

współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach projektu POWR.05.02.00-00-0007/19 pn. „Opracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu szkolenia kadr administracyjnych na potrzeby systemu ochrony zdrowia”

w wymiarze 160 godzin, prowadzonego przez

.....  
.....  
(nazwa i adres organizatora kursu)

.....  
(data i miejsce wydania certyfikatu)

.....  
(podpis osoby reprezentującej organizatora kursu,  
pieczęć)

(1) W przypadku osoby, która nie posiada numeru PESEL należy wpisać nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.