*(pieczątka placówki kształcenia ustawicznego,*

*placówki kształcenia praktycznego*

*lub ośrodka dokształcania*

*i doskonalenia zawodowego)*

**ZAŚWIADCZENIE**

**o ukończeniu kursu**

Zaświadcza się, że Pan/i «Imię» «Nazwisko»

*(imię/imiona i nazwisko)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| «Data\_urodzenia\_uwaga\_\_proszę\_zmienić\_r» | «Miejsce\_urodzenia» | «Pesel\_wymagane\_do\_wystawienia\_zaświadcz» |
| *(data urodzenia)* | *(miejsce urodzenia)* | *(numer PESEL)* |

ukończył/a kurs Trening Umiejętności Społecznych w wymiarze 19 godzin

*(nazwa kursu)*

prowadzony przez Niepubliczna Placówka Doskonalenia Nauczycieli

Fundacji Pomoc Autyzm

ul. Kowieńska 24

03-438 Warszawa

*(nazwa i adres placówki kształcenia ustawicznego,*

*placówki kształcenia praktycznego*

*lub ośrodka dokształcania i doskonalenia zawodowego)*

Zaświadczenie wydano na podstawie § 18 ust. 2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2017 r. w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1632).

Warszawa, 14.sierpnia 2018

*(miejscowość, data)*

|  |  |
| --- | --- |
| Nr «nr\_certyfikatu» | ..............................................................................  *(pieczątka i podpis dyrektora*  *placówki kształcenia ustawicznego,*  *placówki kształcenia praktycznego*  *lub ośrodka dokształcania i doskonalenia zawodowego)* |