
Miejscowość i data

Zaświadczenie o ukończeniu szkolenia

Niniejszym zaświadcza się, że:

Imię i nazwisko: _____

PESEL: _____

ukończył(a) szkolenie w zakresie:

Psychoterapii w nurcie _____

Superwizji dydaktycznej

Szkolenie zostało przeprowadzone zgodnie ze Standardami PSPPiL, Dotyczącymi Szkolenia, Egzaminowania Przyznawania i Odnawiania Certyfikatów, a także Atestowania i Rekomendowania Ośrodków Szkolących i Szkół Wyższych, zatwierdzonych w drodze uchwały z dnia 8 kwietnia 2025 roku.

Nazwa jednostki: _____

Adres: _____

NIP: _____ REGON: _____

Osoba do kontaktu: _____

Adres e-mail: _____

Telefon: _____

Kierownik Szkolenia: _____

Nazwa szkolenia : _____



Liczba godzin: _____

Data rozpoczęcia szkolenia: _____

Data zakończenia szkolenia: _____

Miejscowość: _____

Data: _____

Podpis Kierownika Szkolenia: _____

