

WZÓR

.....
nazwa i adres jednostki szkolącej

Nr/..... r.

ZAŚWIADCZENIE

Pan(i)

obywatelstwo.....

Nr PESEL*.....

posiadający(a) dyplom szkoły wyższej na kierunku..... nr.....

wydany przez, uzyskany w dniu

po odbyciu zawodowego kształcenia podyplomowego w zakresie analityki medycznej w:

.....
nazwa jednostki szkolącej.

.....
złożył (a) egzamin końcowy w dniu

z wynikiem

przed Komisją Egzaminacyjną w trybie określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia

w sprawie kształcenia podyplomowego w zakresie analityki medycznej (Dz. U. Nr..., poz...).

.....
podpis kierownika jednostki szkolącej

Miejscowość, data

*osoba, która jest obywatelem państwa innego niż Rzeczpospolita Polska wpisuje numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość