

.....
(pieczętka placówki kształcenia ustawicznego
lub centrum kształcenia zawodowego)

ZAŚWIADCZENIE

o ukończeniu kursu kompetencji ogólnych

AKADEMIA KOMPETENCJI CYFROWYCH

Zaświadcza się, że Pan(i)

Imię i nazwisko

(imię/imiona i nazwisko)

00-00-0000
(data urodzenia)

Bydgoszcz
(miejsce urodzenia)

0000000000
(numer PESEL)

ukończył(a) kurs kompetencji ogólnych w zakresie:

- komunikacji z Pacjentem za pośrednictwem platform online;
- telemedycyny w praktyce;
- przeprowadzania wywiadu w sposób zdalny;
- przekazywania trudnych informacji Pacjentowi;
- współpracy z Pacjentem bez bezpośredniego kontaktu.

w wymiarze 18 godzin dydaktycznych
prowadzony przez:

CENTRUM KSZTALCENIA OLIMPIA KOMOSIŃSKA,
ul. Magazynowa 11, 85-790, Bydgoszcz

(nazwa i adres placówki kształcenia ustawicznego lub centrum kształcenia zawodowego)

.....
(miejsowość, data)



OLIMPIA KOMOSIŃSKA
Doradztwo zawodowe i coaching

.....
(pieczętka i podpis dyrektora placówki
kształcenia ustawicznego lub
centrum kształcenia zawodowego)

Nr /20.... r.