

.....  
(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:

- praktycznego wykorzystania health literacy;
- kompetencji cyfrowych w obsłudze Klienta;
- narzędzi wykorzystywanych w sektorze ochrony zdrowia;
- organizowania akcji o charakterze profilaktycznym;
- komunikacji z Pacjentem.

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.