

**Zaświadczenie o udziale w formach wsparcia przewidzianych
w ramach Programu Rozwoju Absolwenta**

Zaświadcza się, że Pan/Pani

Urodzony(a)

zamieszkały(a)

uczestniczył (a) w następujących formach wsparcia:

Kwalifikacyjny Kurs Zawodowy „Pielęgniarstwo epidemiologiczne dla pielęgniarek i położnych” w wymiarze 844 h	
Kwalifikacyjny Kurs Zawodowy „Pielęgniarstwo geriatryczne” w wymiarze 305 h	
Kwalifikacyjny Kurs Zawodowy „Pielęgniarstwo opieki długoterminowej” w wymiarze 360 h	
Kwalifikacyjny Kurs Zawodowy „Pielęgniarstwo rodzinne” w wymiarze 325 h	
Szkolenie „Coaching medyczny” w wymiarze 160 h	
Szkolenie „Kompetencje interpersonalne w geriatрії” w wymiarze 20 h	
Szkolenie „Komunikowanie się z pacjentem - werbalne i pozawerbalne sposoby komunikacji” w wymiarze 20 h	

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
PODPIS