

....., dnia.....

.....

Realizator kształcenia/instytucja uprawniona

Informujemy, że kształcenie ustawiczne (szkolenie/studia podyplomowe/potwierdzenie nabycia wiedzy i umiejętności)\* pn.:

.....

nazwa

.....

realizowanego dla ..... osoby/osób \* odbędzie się w terminie

.....

★ niepotrzebne skreślić

## Harmonogram

DATA	ZAKRES TEMATYCZNY ZAJĘĆ	MIEJSCE SZKOLENIA, ADRES	GODZINA ROZPOCZĘCIA ZAJĘĆ	GODZINA ZAKOŃCZENIA ZAJĘĆ

.....

( podpis )