

STUDIUM MEDYCZNE TEB EDUKACJA

ul. Akademicka 5, 44-100 Gliwice

tel. (32) 231 50 47

.....
/podłużna pieczęć szkoły/



ZAŚWIADCZENIE
dotyczące przebiegu nauczania
w szkole policealnej

Justyna Pietraszek

/imię (imiona) i nazwisko/

urodzony/a dnia **03 listopada 1978 r.** w **Strzelcach Opolskich**, PESEL
78110307643

ukończył/a w roku szkolnym **2017/2018**

Studium Medyczne TEB Edukacja w Gliwicach

/nazwa szkoły/

w zawodzie: **Technik masażysta z elementami fizjoterapii**

/nazwa zawodu/

Numer świadectwa ukończenia szkoły: **538/2018**

Gliwice, 23 czerwca 2018 r.

.....
/miejscowość i data wydania zaświadczenia/

DYREKTOR SZKOŁY

mgr Elżbieta Barbaruk-Majcher

.....
/pieczęć i podpis dyrektora szkoły/