



..... dnia.....

.....
(imię i nazwisko słuchacza)

.....
(nazwa zawodu)

.....
(kwalifikacja)

Dyrektor
Centrum Rozwoju Kompetencji
Województwa Łódzkiego
i PGE Polskiej Grupy Energetycznej
w Woli Grzymalinej

Zwracam się z prośbą o wydanie zaświadczenia potwierdzającego moje uczestnictwo w kwalifikacyjnym kursie zawodowym (KKZ) w zakresie kwalifikacji:

.....

.....
(symbol i nazwa kwalifikacji)

prowadzonym przez:

.....

.....
(nazwa placówki)

w roku szkolnym 2026/2027.

Zaświadczenie jest mi potrzebne w celu:

.....

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis uczestnika)

CRK.EDULODZKIE.PL

+48 44 777 31 76
SEKRETARIAT@CRK.EDULODZKIE.PL

CENTRUM ROZWOJU KOMPETENCJI
WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO I PGE POLSKIEJ GRUPY
ENERGETYCZNEJ W WOLI GRZYMALINEJ
WOLA GRZYMALINA 2; 97-427 ROGOWIEC