|  |
| --- |
| **TRAINING COMPLETION CERTIFICATE** |
|  |
| **I. HOSTING INSTITUTION/ORGANISATION** |
| **Legal name**  | Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text. |
| **Address, country** | Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text. |
|  |
| **II. DETAILS OF THE STUDENT** |
| **Name and surname** | Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text. | **Date of birth** | dd/mm/yyyy |
| **Sending institution** | Faculty of Medicine and Dentistry, Palacký University Olomouc |
|  |
| **III. DETAILS OF THE TRAINING PROGRAMME** |
| Starting date | dd/mm/yyyy | Ending date | dd/mm/yyyy |
|  |
| **Clinical subjects (number of weeks):** |
| **Subject** | **Course guarantor’ name, contact** | **Duration (in days or weeks)** |
| Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text. |  |  |
| Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text. |  |  |
| Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text. |  |  |
| Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text. |  |  |
| Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text. |  |  |
|  |
| **a) Knowledge, skills, and competence acquired:** |
| Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text. |
|  |
|  |
|  |
| **b) Activities and tasks carried out by the trainee:** |
| Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text. |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **IV. ADDITIONAL INFORMATION** |
| Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text. |
|  |
|  |
| **Place** | Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text. |
| **Name of the responsible person, position** | Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text. |
| **Signature of the responsible person** |  | Date | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| **Stamp of the receiving institution/organisation** |  |