Logo der Institution (nicht Anbieterlogo ICW/TÜV!) ggf. einfügen

Teilnahmebestätigung

☐ Frau ☐ Herr

Name: _____ Vorname: _____

geboren am: _____ in: _____

hat im Zeitraum vom _____ bis _____

beim Bildungsanbieter: _____

an folgendem Seminar teilgenommen

☐ Wundexperte ICW®
☐ Pflegetherapeut Wunde ICW®
☐ Ärztlicher Wundexperte ICW®
☐ Fachtherapeut Wunde ICW®

Nach dem Curriculum der ICW wurden folgende Inhalte vermittelt:

Das Seminar hatte einen zeitlichen Umfang von _____ Unterrichtseinheiten (=UE[1]). Der Teilnehmer war davon an _____ UE anwesend.

Diese Bescheinigung ist nicht einem Zertifikat gleichzusetzen.

Der Teilnehmer ist damit nicht berechtigt, die geschützte Bezeichnung für zertifizierte Abschlüsse des oben aufgeführten Seminartyps zu verwenden.

Ort, Datum: _____

_____	_____	
Pädagogische Leitung	Fachliche Leitung	Stempel der Einrichtung

[1] Eine Unterrichtseinheit (UE) entspricht 45 Minuten