Logo der Institution (nicht Anbieterlogo ICW/TÜV!) und Standort sowie Name des Anbieters einfügen.

Teilnahmebescheinigung

Wir bestätigen ☐ Frau ☐ Herrn ☐ Divers			
Name:		Vorname:	
geboren am:		Geburtsort:	
für den Zeitraum vom:		bis:	

die Teilnahme an folgendem Seminar:

☐ Wundexperte ICW®
☐ Ärztlicher Wundexperte ICW®
☐ Modul 1 Fachtherapeut Wunde ICW®
☐ Fachtherapeut Wunde ICW®
☐ Pflegetherapeut 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 laut ICW/TÜV zu verwenden.

Ort:		Stempel der Einrichtung
Datum:		
Name	Unterschrift	
☐ pädagogische ☐ fachliche Leitung		

Hinweis zum Sprachgebrauch: Das in diesem Text gewählte generische Maskulinum bezieht sich gleichfalls auf weibliche sowie andere Geschlechteridentitäten.

[1] Eine Unterrichtseinheit (UE) entspricht 45 Minuten