



# ПОДТВЕРЖДЕНИЕ УРОВНЯ КВАЛИФИКАЦИИ

(Заполняется куратором)

Курируемый специалист: \_\_\_\_\_  
(имя, фамилия)

Отчетный период практики: \_\_\_\_\_  
(Начало: месяц, год) - (Окончание: месяц, год)

Куратор: \_\_\_\_\_  
(имя, фамилия) (Сертификат МВР №...)

МЕСЯЦ	КОЛИЧЕСТВО ЧАСОВ СУПЕРВИЗИИ
Январь	
Февраль	
Март	
Апрель	
Май	
Июнь	
Июль	
Август	
Сентябрь	
Октябрь	
Ноябрь	
Декабрь	
<b>Итого за отчетный период практики:</b>	

Я подтверждаю, что курируемый мною специалист обладает компетенциями, соответствующими уровню квалификации **IBP-II**.

Куратор: \_\_\_\_\_  
(подпись)

Дата: \_\_\_\_\_