



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	
Итого за отчетный период практики:	

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

Куратор: _____
(подпись)

Дата: _____