

НАЦИОНАЛЕН ЦЕНТЪР ПО ЗАРАЗНИ И
ПАРАЗИТНИ БОЛЕСТИ
РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ –
гр.

УДОСТОВЕРЕНИЕ

№ от

за придобита квалификация за изпълнител на
дезинфекции, дезинсекции и дератизации

С настоящото се удостоверява, че

Снимка

.....,
(име, презиме, фамилия)

ЕГН:,

е преминал/а успешно обучение за придобиване на
квалификация за изпълнител на дезинфекции, дез-
инсекции и дератизации с продължителност ч.

ДИРЕКТОР НА НЦЗПБ/РЗИ:
(име и подпис)