

Logo/Bezeichnung der anerkannten Prüfungsorganisation

«TITEL» «VORNAME» «NAME»

geboren am «Datum»

hat am «DATUM» in «ORT» an einer

PRÜFUNG VON OPERATIV TÄTIGEN MITARBEITERN

gemäß Dokument 018
des Unter-Sektorkomitees SCC der TGA
teilgenommen und bestanden.



S ICHERHEITS
C ERTIFIKAT
C ONTRAKTOREN

Dieses Dokument ist gültig bis «DATUM»

«URKUNDENREGISTRIERNUMMER»

«ORT», «DATUM»

..... «UNTERSCHRIFT».....
Leiter der anerkannten Prüfungsorganisation

..... «UNTERSCHRIFT».....
Prüfungsleiter