



## PROTOKÓŁ ZBIORCZY

## TESTY PSYCHOTECHNICZNE

Data: ..... Miejscowość: ..... Przeprowadzający: .....

## WYNIKI TESTÓW

LP.	TEST	NAZWA I PRZYDOMEK	RASA	NR ROD.	NR CHIP	WŁAŚCICIEL	PKT	ZAL.
1								<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2								<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3								<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4								<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
5								<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Wypełnia Przewodniczący Komisji Szkoleń

\_\_\_\_\_  
podpisy przeprowadzającego

\_\_\_\_\_  
data wpływu do Komisji Szkoleń