



# CERTIFICADO

## DE ASISTENCIA

D. / Dña. .... con NIF .....  
que presta sus servicios en la Empresa ..... con CIF .....

Ha realizado la Acción Formativa .....  
Código AF / Grupo ..... / ..... Durante los días ..... al .....  
con una duración total de ..... horas en la modalidad formativa .....

Contenidos impartidos (ver dorso)

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD RESPONSABLE  
DE IMPARTIR LA FORMACIÓN

\_\_\_\_\_  
FECHA DE EXPEDICIÓN

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PERSONA TRABAJADORA

