



# 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 del trabajador/a**

**Contenidos impartidos:**