



Certificado de participación

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 Empresa / Centro
Formador



Fecha de expedición

Firma del trabajador/a

CERTIFICADO RECIBÍ DIPLOMAS

Los abajo firmantes, participantes en la acción formativa / grupo indicada a continuación, confirman haber recibido el Diploma certificativo de su participación en la misma.

AF	GRUPO	ID	DENOMINACIÓN	HORAS	F. INICIO	F. FIN

PARTICIPANTES

[illegible]

Así lo firman en _____ a _____ de _____ de _____