Certificado de Asistencia

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

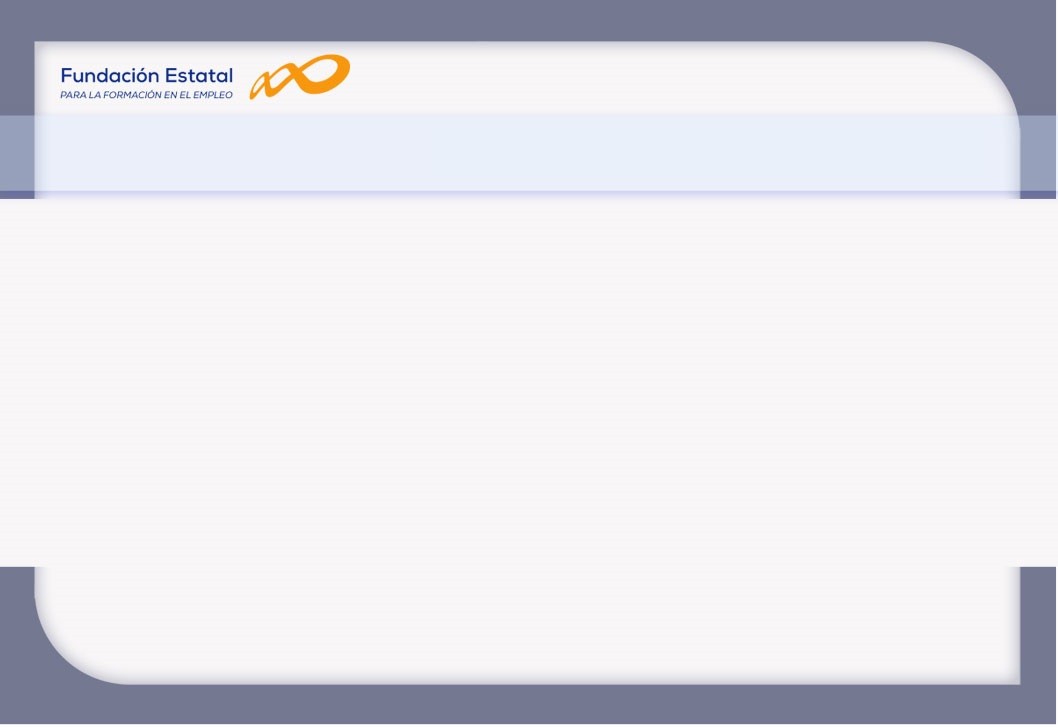
Ha realizado la Acción Formativa Código AF / Grupo **/** con una duración total de

Durante los días al

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:**