



**CERTIFICADO DE FORMACIÓN**

**DATOS DO CENTRO DE FORMACIÓN**

RAZÓN SOCIAL

NIF

TIPO DE VÍA

NOME DA VÍA

NÚMERO

BLOQUE

ANDAR

PORTA

PARROQUIA

LUGAR

CP

PROVINCIA

CONCELLO

LOCALIDADE

TELÉFONO

FAX

CORREO ELECTRÓNICO

**DATOS DA PERSOA QUE CERTIFICA**

NOME

PRIMEIRO APELIDO

SEGUNDO APELIDO

NIF

CARGO OU OCUPACIÓN NA EMPRESA

**DATOS DA PERSOA QUE RECIBIU A FORMACIÓN**

NOME

PRIMEIRO APELIDO

SEGUNDO APELIDO

NIF

**ACTIVIDADE FORMATIVA REALIZADA**

DENOMINACIÓN DA ACTIVIDADE

LUGAR

CATEGORÍA PROFESIONAL A QUE SE CORRESPONDE

Xerocultor/a

Coidador/a

Auxiliar de axuda no fogar

Asistente/a persoal

DÍA DE INICIO

DÍA DE FINALIZACIÓN

NÚMERO TOTAL DE HORAS DE FORMACIÓN

DETALLE DO PROGRAMA E DESAGREGACIÓN DAS HORAS DE FORMACIÓN

MATERIA	NÚMERO DE HORAS

Nota: debe achegar unha certificación por cada actividade formativa.

**SINATURA DA PERSOA QUE CERTIFICA**

Lugar e data

,  de  de