

CERTIFICADO DE FORMACION INTEGRAL (CeFI)

Certifico que (apellido y nombre)_____ con
 DNI/CUIL N°_____ha realizado la siguiente formación.

Provincia (en la que se ha dictado el Curso)	
Municipio (en el que se ha dictado el Curso)	
Nombre de la Institución (que ha dictado el Curso)	
Nombre del Curso	
Carga Horaria (Expresado en cantidad de horas)	
Fecha de Inicio (Día/mes/año)	
Fecha de Fin En caso de estar finalizado indique (Día/mes/año)	
Estado del curso (para cursos no finalizados indique "En curso")	

.....
 Firma y sello del responsable formativo

.....
 Lugar y fecha

.....
 Firma y aclaración del titular

.....
 D.N.I.

 Todos los datos consignados en el presente formulario son verdaderos.