

**CERTIFICADO DE FORMACION INTEGRAL (CeFI)**

Certifico que (apellido y nombre)\_\_\_\_\_ con  
DNI/CUIL N°\_\_\_\_\_ha realizado la siguiente formación.

<b>Provincia</b> (en la que se ha dictado el Curso)	
<b>Municipio</b> (en el que se ha dictado el Curso)	
<b>Nombre de la Institución</b> (que ha dictado el Curso)	
<b>Nombre del Curso</b>	
<b>Carga Horaria</b> (Expresado en cantidad de horas)	
<b>Fecha de Inicio</b> (Día/mes/año)	
<b>Fecha de Fin</b> En caso de estar finalizado indique (Día/mes/año)	

.....  
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.