Código IAPA n.º 2615 nº formulario 4877

**FORMACIÓN PROFESIONAL DUAL**

D. /Dña.

Secretario/a, del centro educativo

de la localidad de…………………………………………………………, provincia de

**CERTIFICA:**

Que el alumno/a

con DNI/NIE nº………………., ha superado el ciclo

…………………………………………………………………………………… de nivel

en la modalidad de **Formación Profesional Dual**, con un total de ……. horas de estancia en la empresa ………………………………………………………………………….. ubicada en……………………………,

de acuerdo con el Decreto 2/2017, de 12 de enero, por el que se regula la Formación Profesional Dual del sistema educativo en la Comunidad de Castilla y León y con las características que se indican en el reverso de este certificado.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, expido el presente certificado.

En …………………………, a …. de ………………………. de …….

El secretario/a del centro educativo Vº. Bº. El Director/a del centro educativo

Fdo.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fdo.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PROGRAMA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DUAL**

|  |
| --- |
| **EMPRESA** |
|  |
| **DIRECCIÓN** |
|  |
| **LOCALIDAD** | **PROVINCIA** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **PUESTO DE APRENDIZAJE OCUPADO** |
|  |
| **ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA EMPRESA** |
|  |
| **FORMACIÓN COMPLEMENTARIA \*** |
|  |

* Si la ha habido en la opción ampliada