**ANEXO III**

D./Dª. , Secretario/a, Director/a, Titular del centro educativo de (localidad y provincia)

CERTIFICA:

Que el/la alumno/a D/Dª…………………………………………………………………………………………………..,con NIF…………………………., matriculado en el ciclo formativo/curso de especialización ………………………………, ha realizado en el curso escolar …….. el complemento de formación denominado ………………………………………………. con una duración de …….horas.

|  |
| --- |
| **ESTÁNDARES DE COMPETENCIA \*** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

\* Cumplimentar solo en caso de que el complemento de formación tenga asociado estándares de competencia.

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

 , a de de

Firma y sello:

SECRETARIO/A, DIRECTOR/A,

TITULAR DEL CENTRO EDUCATIVO

Vº Bº EL/LA DIRECTOR/A

CENTRO PÚBLICO