**CERTIFICADO PERIODO DE FORMACIÓN EN CENTROS DE TRABAJO**

**DON/DOÑA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, SECRETARIO/A DEL CENTRO EDUCATIVO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CERTIFICA QUE:** D./Dña. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con N.I.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ha superado el módulo profesional de Formación en Centro de Trabajo, que cursó durante el periodo de tiempo comprendido del [***fecha de inicio***] al [***fecha de finalización***], correspondiente al título de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Este periodo de formación en el centro de trabajo fue [***Remunerado/No remunerado*** (indicar la correspondiente)]

Se expide el presente certificado expresamente a petición de la interesada, **a los efectos de la suscripción del Convenio Especial regulado en la Orden ISM/386/2024, de 29 de abril**.

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Vº. Bº. El/La directora/a El/La secretario/a**

**Fdo.: …………………………………… Fdo.: ……………………………….**