



**Junta de
Castilla y León**

Consejería de Educación
Dirección General de Formación Profesional
y Régimen Especial

ANEXO III

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

CERTIFICA:

Que _____ el/la _____ alumno/a
D/D^a _____, 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

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