

ANEXO II

A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO DOCENTE

Don/Doña			
Secretario/a Centro docente			
Domicilio		Localidad	
CP		Provincia	
Teléfono		Correo electrónico	

CERTIFICA:

Que Don/Doña

Ha finalizado los estudios de

En el centro docente

Obteniendo las siguientes calificaciones en los módulos profesionales:

MÓDULOS	HORAS	CURSO ACADÉMICO	CALIFICACIÓN

NOTA MEDIA:

En, a dede 2018

Firma y sello del centro docente

El Secretario/ La Secretaria