**La Oficina de Recursos Humanos (o quien haga sus veces) de (nombre de la entidad)**

**CERTIFICA**

Que, **(nombre del practicante)**, identificada con **DNI N° …………………**, ha realizado **(tipo de modalidad formativa realizada)** desde el **(fecha de inicio de la práctica)** hasta el **(fecha de fin de la práctica)**, en la **(nombre del área o unidad en la que se realizó las prácticas)** de nuestra entidad.

Se expide el presente Certificado a solicitud del(la) interesado(a) para los fines que estime conveniente.

(Ciudad), ….. de ……………. de 20…...

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Nombres y apellidos)**

**(Nombre del puesto del responsable de la Oficina de Recursos Humanos o quien haga sus veces)**