



# CERTIFICADO DE PRÁCTICAS

D. / Dña.....

con DNI .....

como (cargo que ocupa y centro de trabajo) .....

.....

## CERTIFICA QUE

D./Dña.....

con DNI ..... ha realizado las prácticas en Salud Sexual y Reproductiva correspondientes a 40 horas, por lo que quedan superadas las prácticas correspondientes al **8º Máster en Anticoncepción y Salud Sexual y Reproductiva** celebrado durante el año 2023/24.

Y para que así conste y a petición del interesado, firmo el presente certificado.

En....., a ..... de ..... de 202...