

(MODELO TIPO de documento,
diploma, certificado o carnet
acreditativo de la superación de
la formación en uso de DEA

(LOGO ENTIDAD FORMADORA AUTORIZDA)

“**(Nombre de la Entidad)**”, como Entidad proveedora autorizada de actividades formativas en uso de DEA en el ámbito no sanitario, por la Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias de Extremadura, con número de Registro **(número de registro)**

CERTIFICA QUE

(Nombre y Apellidos del alumno), con D.N.I. **(D.N.I. del alumno)**, ha sido declarado apto en el curso (inicial o reciclaje, indicar lo que corresponda) de formación en uso de DEA, realizado por nuestra Entidad, de acuerdo con el programa formativo establecido en el Decreto 16/2019, celebrado en **(localidad)**, durante los días **(fechas)**.

Fechas de vigencia de la Formación: (tres años a contar desde el día de finalización de la actividad formativa)

(Firma responsable legal de la Entidad) (Firma del Director/a de la Actividad)