**NOMBRE DE LA PERSONA EN FORMACIÓN**

**Nombre y apellidos:**

**FECHA DE INICIO DE LA FORMACIÓN**

**Fecha:**

**CENTRO FORMADOR RECONOCIDO POR EL GENI**

**Nombre del centro:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma del solicitante** | **Firma del responsable del centro** |
|  |  |