

[INSERIR LOGÓTIPO/NOME DA AGÊNCIA DE FORMAÇÃO OU LOGÓTIPOS/ NOMES SE FORMAÇÃO CONJUNTA]

***Workshop de Clarificação de Valores e Mudança de Atitude***

***Sobre Aborto Seguro***

**Certificado de Participação**

 Concedido a

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

NOME

**[cidade, país] [insira a data]**

LOCALIZAÇÃO DATA DE CONCLUSÃO

 Formador VCAT Formador VCAT