

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

***Workshop de Clarificação de Valores e Transformação de Atitudes para Autocuidados de Aborto***

**CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO**

concedido a

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

Nome

**[cidade, país] [inserir data]**

LOCAL DATA DE CONCLUSÃO

Facilitador de VCAT Facilitador de VCAT