

[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