

[INSERTAR EL LOGOTIPO/NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DE CAPACITACIÓN O LOS LOGOTIPOS/NOMBRES SI ES UNA CAPACITACIÓN CONJUNTA]

**Aclaración de valores para transformación  
y acción (AVTA) respecto al aborto**

**Certificado de participación**

otorgado a

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

Nombre

**[ciudad, país] [insertar fecha]**

LUGAR FECHA DE FINALIZACIÓN

Facilitador/a de AVTA Facilitador/a de AVTA