

[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