



ANEXO I

**Certificación acreditativa de realización del curso**

El centro \_\_\_\_\_

Certifica que D./Dña. \_\_\_\_\_, con número de DNI/Pasaporte \_\_\_\_\_, ha realizado el curso de \_\_\_\_\_<sup>(1)</sup> y ha superado las pruebas de evaluación de la competencia de conformidad con la sección A-IV/4 del Código de Formación del Convenio STCW-78/10 y las disposiciones nacionales correspondientes.

Fecha de impartición del curso \_\_\_\_\_

Nombre, Apellidos y Firma  
Responsable del Centro

Nombre, Apellidos y Firma  
Instructor/evaluador principal

<sup>(1)</sup> Formación Sanitaria Específica Inicial  
Formación Sanitaria Específica Avanzada  
Actualización en Formación Sanitaria Específica Inicial  
Actualización en Formación Sanitaria Específica Avanzada