

D./Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, secretario/a de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifica que D./Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con D.N.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de acuerdo con la documentación existente en este centro, ha participado en el **Plan de Acción Tutorial** de manera real y efectiva durante los siguientes cursos académicos:

|  |  |
| --- | --- |
| **Curso académico** | **Coordinador** |
|  | Sí No |
|  | Sí No |
|  | Sí No |
|  | Sí No |
|  | Sí No |

Y para que así conste y a los efectos de la evaluación docente, expido y firmo el presente certificado en Badajoz/Cáceres, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_\_\_

Fdo.: D./Dª.

SECRETARIO DEL CENTRO