

**CERTIFICADO DE ACTIVIDAD PROFESIONAL**

Don/Doña. \_\_\_\_\_ con  
 DNI/NIE n.º \_\_\_\_\_, en calidad de (especificar cargo en la organización)  
 \_\_\_\_\_ en la empresa / entidad / organización  
 (nombre o razón social) \_\_\_\_\_ CIF/NIF \_\_\_\_\_  
 con domicilio fiscal en \_\_\_\_\_

**CERTIFICA**

Que Don/Doña \_\_\_\_\_, con  
 DNI/Pasaporte/NIE (táchese lo que no proceda) n.º \_\_\_\_\_, ha desempeñado el/los  
 siguiente(s) puesto(s) de trabajo/categoría laboral, desarrollando las funciones que se indican a  
 continuación:

Puesto de trabajo / Categoría laboral	Funciones realizadas	Fecha inicio	Fecha final	Localidad

La persona abajo firmante declara, bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos  
 datos figuran en el presente certificado.

Y para que conste, a los efectos de justificación de la experiencia profesional de la persona  
 interesada, firma el presente documento.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

(Sello y Firma)