HANDS WITH HEART
ACADEMY

Nombre y apellidos

ha completado satisfactoriamente la formación y obtenido el reconocimiento de

NOMBRE DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN

MADRID, [DÍA] DE [MES] DE [AÑO]

HWH
ACADEMY

FIRMA AUTORIZADA
Dirección Académica
Hands With Heart Academy

HANDS WITH HEART
ACADEMY