CABEÇALHO DA INSTITUIÇÃO/ESTABELECIMENTO/PESSOA FÍSICA (se houver)

**CERTIFICADO**

**CURSO DE BRIGADISTA DE INCÊNDIO**

CERTIFICADO N.º\_\_\_\_\_/ (ano)

Certifico que o(a) Sr(a).\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome completo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF n.º\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, frequentou o Curso de \_\_\_(Formação/Reciclagem)\_\_\_ de Brigadista de Incêndios de nível \_(BÁSICO 1/BÁSICO 2/INTERMEDIÁRIO/AVANÇADO)*\_*, de acordo com o conteúdo programático e a carga horária previstos na Resolução Técnica CBMRS n.º 15 - Parte 01, no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, com 100% de frequência, sendo considerado(a) aprovado(a).

Este certificado é válido até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.

(\_\_\_\_\_\_(Local e data)\_\_\_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_\_Assinatura do Instrutor\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_Assinatura do aluno\_\_\_\_\_\_

(Nome completo e CPF) (Nome completo e CPF)