**CERTIFICADO CONVENIO COLECTIVO PERSONAL VINCULADO**

**EXPTE 282-23**

D./Dña. **XXXXXXXXXXXXXXXX** con DNI número **XXXXXXXXX**, representante legal de la entidad ASPAYM **XXXXXXXXX** CON CIF: **XXXXXXXXXXX** y con domicilio social en Calle **XXXXXXXXXXXX**, CP **XXXXXXXXXX** de **XXXXXXXXX**,

CERTIFICA

Que el/la trabajador/a D./Dña. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con DNI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vinculado al/los siguiente/s programas:

Programa 1- Escuela de Pacientes

Programa 2- Ecosistema formativo virtual 2

Programa 3 - Lesión Medular y Salud Mental

Programa 4- CUIDA-Te: hábitos saludables y autocuidado para personas cuidadoras

Programa 6- TANDEMS- El valor de la transferencia del conocimiento basado en la experiencia

está adherido al convenio colectivo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firmado electrónicamente