****

Certificado de Participação

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Participou no Workshop**

**Treinamento sobre PrEP**

**Para Profissionais de Saúde**

**>INSERIR DATA DO TREINAMENTO <**

**>INSERIR NOME DO INSTRUTOR, CARGO E ORGANIZAÇÃO <**