

Certificado

Apellido: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de Nacimiento: _____

Por este medio se confirma que durante su ultimo año de estudios de medicina el/la estudiante ha efectuado la siguiente rotación

Materia _____

desde _____ **hasta** _____

en el establecimiento hospitalario: _____

ab.

La formación ha comprendido las siguientes actividades y especialidades:

(favour de escribir al dorso en caso de que fuera necesario más lugar)

Días de ausencia: _____

Fecha y lugar: _____

Sello del establecimiento hospitalario

Firma del medico instructor