



CERTIFICADO DE RESIDENCIA

CONSTE: que el/la Dr/a
 matrícula profesional N° DNI N°
 cursa/ó el año de residencia en el servicio de
 del (nombre del establecimiento)
 sito en de la ciudad de.....
 a cargo de (nombre del Jefe del Servicio)
 bajo la dirección médica
 cumpliendo la misma desde al, habiendo de esta forma
 completado y aprobado la misma.

Que ha realizado rotaciones por

 y/o pasantías por

A pedido del interesado/a se extiende la presente constancia a los días del mes
 de de para ser presentada ante el Colegio de
 Médicos de la Provincia de Santa Fe - 2da. Circunscripción.-

El presente certificado es provisorio encontrándose sujeto a la verificación de las autoridades del Colegio de
 Médicos de la Provincia de Santa Fe, 2da. Circunscripción. Solo podrá ser presentado ante la mencionada
 institución, no siendo documento válido fuera del espacio indicado.-

.....
 Jefe de Servicio

.....
 Médico Director