



CERTIFICADO DE CONCURRENCIA

CONSTE: que el Dr/a

matrícula profesional N° DNI N°

ha concurrido al servicio de

a cargo del Dr/a

de (nombre del establecimiento)

con domicilio en

bajo la dirección médica

cumpliendo la misma desde al.....,

habiendo de esta forma completado y aprobado la misma, cumpliendo las siguientes actividades con dedicación, responsabilidad y a mi entera satisfacción:

a) Asistenciales en: consultorio diario..... horas
semanal horas
internación:

b) Reuniones científicas: N° por mes:

c) Seminarios: N° por mes:.....

d) Evaluaciones periódicas: semestrales:
anuales:
final:

El servicio cuenta con:

N° de consultorios externos: equipados con:
.....
.....

N° de camas para internación:, historias clínicas:
operaciones que se efectúan (mencionar e indicar número aproximado por mes):
.....



**COLEGIO
DE MÉDICOS**
Provincia de Santa Fe | 2º Circunscripción

El establecimiento cuenta con:

Nº total de consultorios externos:

Nº total de camas para internación:

Sala de operaciones:

Terapia intensiva, Nº de camas:

Unidad coronaria, Nº de camas:

Radiología: realiza estudios especiales:

Laboratorio: realiza estudios especiales:

Anatomía patológica:

Sala de partos: Biblioteca especializada:

En Rosario, a los días del mes de

de.....se extiende la presente, a la solicitud del interesado y para

ser presentado ante el Colegio de Médicos de la provincia de Santa Fe, 2da. Circunscripción, a los

efectos de su registro en la especialidad de.....

.....

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