



## 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