

**CERTIFICADO DE CONCURRENCIA**

Por la presente certifico que el/la Dr./Dra. ....

.....

MP..... DNI.....

se ha desempeñado/se desempeña como médico es este Servicio de .....

..... en carácter de médico.....

Desde el ..... / ..... / ..... hasta el ..... / ..... / .....

Concurriendo..... veces por semana, estimando el suscripto que se halla

en condiciones de gestionar el otorgamiento del Título de Especialista correspondiente.

Para ser presentado en el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, Distrito IV,

Tribunal de Especialidades.

Lugar y fecha: .....

Sello del establecimiento

Firma y sello

Jefe de Servicio

Firma y sello

Director del establecimiento