

CERTIFICACION DE PRÁCTICAS

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

..... MP..... ha realizado en los dos últimos años las prácticas que mas abajo se detallan (El Colegio se reserva el derecho de realizar las verificaciones que crea conveniente).

AÑO	PRACTICA	CANTIDAD	CIRUJANO	AYUDANTE

Lugar y fecha:.....

Sello del establecimiento

Firma y sello

Jefe de Servicio y/o Director Medico

Ejemplo

AÑO	PRACTICA	CANTIDAD	CIRUJANO	AYUDANTE
	Gastrectomía total	3	2	1
	Hernia inguinal	15	10	5

Lugar y fecha:.....

Sello del establecimiento

Firma y sello

Jefe de Servicio y/o Director Medico