



Universidad Nacional de Córdoba
Facultad de Ciencias Médicas

CERTIFICO Que el/la Sr./Sra.....

DNI.....fué designado por Resolución Nro.....

en el cargo:.....a partir del.....

y se ha presentado a prestar servicios el día.....

A efectos de ser presentado ante la Facultad de Ciencias Médicas , se expide el presente en la

ciudad de Córdoba a los

.....

Firma del Jefe