

Nombre y apellido

Firma 2

Nombre y apellido

Firma 1

Día y año

Ha participado como XXXXXXXX en **la X Conferencia XXXXXX. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** organizada por XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXX XXXXX XXXXX de la Facultad de Ciencias Médicas.

**NOMBRE Y APELLIDO, DNI: XXXXXXXX**

**CERTIFICADO**