

**CERTIFICADO DE EJERCICIO PROFESIONAL EN CENTRO
FORMATIVO DE DERMATOLOGÍA**

Nombre del centro:

En la ciudad de/...../.....

Por la presente certifico que

..... Matrícula N°

asiste en carácter de

a este (servicio, unidad) de Dermatología,

desde el/...../....., concurriendo los días.....

....., en el horario de,

cumpliendo satisfactoriamente con el régimen mínimo de 12 (doce) horas semanales

repartidas en 3 (tres) días.

Se extiende la presente a pedido del/la interesado/a, para ser presentada ante la Dirección del Curso Superior de Dermatología del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires Distrito IV, al solo efecto de acreditar el cumplimiento de los requisitos de inscripción y de regularidad.

Firma y sello del/la Jefe/a de Dermatología

**ESTE CERTIFICADO DEBE SER RENOVADO OBLIGATORIAMENTE
EN FORMA ANUAL
AUNQUE EL/LA MÉDICO/A CONTINÚE
EJERCIENDO EN EL MISMO
ESTABLECIMIENTO**