

CERTIFICADO DE ESTANCIA PRÁCTICAS

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

Nombre de la Institución:

.....

CERTIFICA QUE:

D/Dña.....

de la

Facultad de Medicina

ha realizado prácticas en nuestra organización

entre _____, _____, _____ y _____, _____, _____

día

mes

año

día

mes

año

en horario de

con un número total de horas de:

desarrollando las siguientes tareas:

Fecha

Sello y Firma

Nombre del firmante:

Cargo: