**D. ÓSCAR HERNÁN MARTÍNEZ-COSTA PÉREZ, SECRETARIO ACADÉMICO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID**

CERTIFICA:

Que D/Dña. **………………..** Profesor/a del Departamento de **………………………... ,** ha sido Tutor del Plan de Acción Tutelar los siguientes cursos académicos:

|  |  |
| --- | --- |
| **Curso académico** | **Número de Alumnos** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Lo que hago saber a los efectos oportunos y ante quien corresponda.

Madrid, de de 202

**Vº Bº David Ramiro Cortijo Fdo. Óscar Hernán Martínez-Costa Pérez**

**Vicedecano de Estudiantes. Secretario Académico.**