



Consejo de Certificación y Recertificación
Facultad de Medicina
Universidad Nacional del Nordeste

A los días del mes de de 200..... se deja constancia que se recibió en esta Secretaría de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste, la documentación para optar a la Certificación del Profesional que se detalla a continuación.

Apellidos y Nombres _____

Lugar y Fecha de Nacimiento _____

D.N.I. / L.C. / L.E N° _____

Domicilio Particular _____

Localidad _____ Provincia _____

Teléfonos _____ Característica _____

Email _____

Domicilio profesional _____

Localidad _____ Provincia _____

Teléfonos _____ Característica _____

Email _____

Título _____

Especialidad _____

Otorgado por _____

En la fecha _____

Firma Presidente Consejo de
Certificación y Recertificación

Firma Interesado