CORRIENTES, ………………………………….

Al Sr. Decano de la

Facultad de Medicina de la

Universidad Nacional del Nordeste

**Prof. MARIO GERMÁN PAGNO**

S/D:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el objeto de solicitarle la **Certificación del Programa de Residencia en Salud** que abajo se detalla para realizar trámites de Reválida/Homologación en el extranjero.

 Sin otro particular, lo saludo muy atte.

* Título de Grado:
* Especialidad:
* Fecha de inicio y finalización de la residencia:
* Institución donde se desempeñó como residente:

Firma:………………………………………………

Aclaración de Firma:……………………………….

DNI:………………………………………………...

Correo electrónico:…………………………………