**Certificado de rotación en curso o por cursar**

 Buenos Aires,…………………………………........ de 20……

Coordinador del Internado Anual Rotatorio

Dr. Norberto Cardozo

# S / D

 Se deja constancia que el/la alumno/a……………………………………………………………… LU:…………………………………………… se presentará a rendir el examen del Internado Anual Rotatorio el día………………………….. Se hace saber que al momento de la inscripción, el/la mismo/a se encuentra cursando/le falta cursar la rotación/Módulo Específico …………………………………………………………….... en el Hospital……………………………………………………………………… que comienza el día………………………. y finaliza el día……………………………..

 Sin más, saludo a Ud. Atte.

**Firma de Secretario/a
de dicha Unidad (OBLIGATORIO)**

**Firma y sello del Responsable de módulo/Coordinador/Director de Docencia**

\*En el caso de no contar con la firma del Responsable, Coordinador o Director de Docencia, podrá firmar solo la Secretaria de UDH de forma condicional.