



CERTIFICADO DE VOLUNTARIADO FINALIZADO

A: Sr. Coordinador General Internado Anual Rotatorio
Dr. Norberto Cardozo

S _____ / _____ D

Por medio de la presente se certifica que el/la alumno/a
..... LU:
participó en la actividad voluntaria:
a cargo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, desde el
día hasta el día , en el turno , con una carga
horaria diaria mínima de 4hs.

Sin más, saluda a Ud. atte.

Coordinador/a

Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de Buenos Aires

SELLO SEUBE



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires