



Buenos Aires, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Por medio de la presente se deja constancia que

\_\_\_\_\_

con DNI \_\_\_\_\_, se desempeñó como Jefe/ Jefa de Residentes en la

Residencia de \_\_\_\_\_

Durante el período comprendido desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Cumpliendo con lo establecido en la Reglamentación Nacional vigente del Ministerio de Salud de la Nación, Resolución 1993/2015, art. 38° al 44°\*

Responsable del Programa formativo

Coordinación de Docencia e Investigación

\*<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resolucion-1993-2015-254649/actualizacion>

\*Solo tienen validez las constancias con firmas y sellos originales