



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