**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 encuentra cursando/ le falta cursar la rotación ………………………….…………………………………….. en el Hospital…………………………………………………………………………………... que comenzó/ comenzará el día……………………………... y finalizará el día……………………………..

 Sin más, saludo a Ud. Atte.

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.