**CERTIFICADO DE ROTACIÓN FINALIZADA**

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

Coordinador del Internado Anual Rotatorio

Dr. Norberto Cardozo

S / D

Se deja constancia que el/la alumno/a …..………………………………………………………………………………………….. LU:…………………………………………… **cursó y aprobó** la rotación …………………………………………………………………….en el Hospital …………………………………………………………………………………………………………………………, que comenzó el día……………………………... y finalizó 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.