**CERTIFICADO DE VOLUNTARIADO FINALIZADA**

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

Coordinador del Internado Anual Rotatorio

Dr. Norberto Cardozo

S / D

Por medio de la presente se certifica que el/la alumno/a …..………………………………………………………………………………………….. LU:…………………………………………… **participó** enla actividad voluntaria en ……………………….…………………………………………………………... a cargo de la Facultad de Ciencias Médicas, que comenzó el día……………………………... y finalizó el día…………………………….., en el horario de ……………………. a …………………..(hs)

Sin más, saludo a Ud. Atte.

Firma y sello SEUBE

(Obligatorio)

Coordinador del Voluntariado

Firma y aclaración del

Coordinador del voluntariado

Coordinador del Voluntariado