

**CERTIFICADO DE ROTACIÓN EN CURSO O POR CURSAR**

**(IAR de 32 SEMANAS)**

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.