

**CERTIFICADO DE EJERCICIO PROFESIONAL EN CENTRO  
FORMATIVO DE DERMATOLOGÍA**

Nombre del centro: .....

En la ciudad de ....., ...../...../.....

Por la presente certifico que .....  
..... Matrícula N° .....  
asiste en carácter de .....  
a este (servicio, unidad) ..... de Dermatología,  
desde el ...../...../....., concurriendo los días.....  
....., en el horario de .....  
cumpliendo satisfactoriamente con el régimen mínimo de 12 (doce) horas semanales  
repartidas en 3 (tres) días.

Se extiende la presente a pedido del/la interesado/a, para ser  
presentada ante la Dirección del Curso Superior de Dermatología del Colegio de  
Médicos de la Provincia de Buenos Aires Distrito IV, al solo efecto de acreditar el  
cumplimiento de los requisitos de inscripción y de regularidad.

Firma y sello del/la Jefe/a de Dermatología .....

**ESTE CERTIFICADO DEBE SER RENOVADO OBLIGATORIAMENTE  
EN FORMA ANUAL  
AUNQUE EL/LA MÉDICO/A CONTINÚE  
EJERCIENDO EN EL MISMO  
ESTABLECIMIENTO**