



Secretaría de  
**Extensión**  
Facultad de Ciencias Médicas - UNC



**FCM**  
Facultad de  
Ciencias Médicas



UNC  
Universidad  
Nacional  
de Córdoba

# CERTIFICADO

El Sr/a. **APELLIDO Y NOMBRE** DNI: **DNI**

Ha participado como **PARTICIPO COMO**, con evaluación aprobada en el Curso de extensión  
**CURSO**

Organizado por la Secretaría de Extensión de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Dictado en el año  
AÑO, con una duración de HORAS horas (teórico-prácticas). Aprobado por R.H.C.D. N° RD

FECHA

---

Prof. Med. Federico Prieto  
Secretario de Extensión  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad Nacional de Córdoba

---

Prof. Dr. Rogelio Pizzi  
Decano  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad Nacional de Córdoba