## 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