

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## **SOLICITUD DE CERTIFICADO DE JORNADAS/CAPACITACIONES**

+ Nombre completo de la jornada: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

+ Nombre completo y DNI del participante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

+ ¿A cargo de quién estuvo?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

+ Fecha y lugar en que se realizó: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

+ Logos de la/las instituciones encargadas de la misma (*formato .png*) y enviar por correo electrónico a [prensa@hospitalcentenario.com.ar](mailto:prensa@hospitalcentenario.com.ar).

**Todas las solicitudes deberán ser entregadas firmados y/o enviados por responsable del servicio, en caso de que sea necesario.**