

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.

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