

CERTIFICADO DE ANTIGÜEDAD EN LA ESPECIALIDAD PSICOLOGÍA

El/la abajo firmante Lic. …………………………….………………….MN…….……

Jefe del servicio de…………………………………………………………………………………

Establecimiento……………………………………………………………………..………………

Dependiente de……………………………………………………………………………………..

CERTIFICA que el/la Lic. …………………………………………………………….……………

Documento Nacional de Identidad N°…………………………….………………………………

CUIT/CUIL…………………………………………………………………………………………..

Ha mantenido una antigüedad comprobada e ininterrumpida desde el día………del mes de ………..……….. del año………...hasta el día …... del mes de …………………. del año ……………... cumplimentando un mínimo de 20 (VEINTE) horas semanales y 200 (DOSCIENTOS) días por año calendario, dentro del mencionado Servicio.

……………………………………………

Firma y Sello del/la Jefe/a del Servicio

El/la que suscribe Lic. .……………………………………………………………………

Director/a de ………..………………………………………………………….……………………

Avala con su conformidad la Certificación precedentemente suscripta, por el/la Jefe/a del Servicio de …………...…………………………………………………………..………………… Dr./Dra./Lic. …………………………………….………………………………………….……….

Se extiende el presente a pedido del/la interesado/a para su presentación ante la Dirección Nacional de Habilitación, Fiscalización y Sanidad de Fronteras, para los fines previstos en el Artículo 1° inc. a) apartado 1 de la Resolución MS N° 2282/22, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los………….días del mes de…………….…………del año……………….

……………………………………… ..………………………………..

Sello del Establecimiento Asistencial Firma y sello del/la director/a