

D/D^ª

Responsable de :

CERTIFICA:

D/D^ª

Ha realizado en nuestro centro actividad profesional en SALUD MENTAL en su condición de psicólogo clínico/psicólogo general sanitario/psiquiatra, desde hasta , por un periodo total de años y meses:

Para que conste a los efectos oportunos.

firmado en

SELLO ENTIDAD

1.c) Experiencia en Salud Mental