

D/D^a

Responsable de :

CERTIFICA:

D/D^a

Ha realizado en nuestro centro actividad profesional en SALUD MENTAL en su condición de psicólogo/a-médico/a, desde hasta , por un periodo total de años y meses:

Para que conste a los efectos oportunos.

firmado en

Nº colegiado/a

1.c) Experiencia en Salud Mental