D/Dª

Responsable de:

CERTIFICA:

D/Dª

Ha realizados actividades prácticas en el entorno público y/o privado (a escoger, si es el caso) de Salud Mental en nuestro centro por un periodo total de horas entre y , sumando un total de meses.

Para que conste a los efectos oportunos.

Firmado en a

Nº de colegiado/a

1.f) Prácticas Adicionales