

$$D/D_a$$

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

SELO ENTIDAD

1.c) Experiencia en Salud Mental