Dr/a./ Profesor/a...................................................

Dr/ Prof...................................................

INSTITUCION ...................................................

***INSTITUTION:***. ...................................................

**CERTIFICA QUE:**

**HEREBY CERTIFIES THAT:**

El alumno/a...........................................................................................................

The student

ha realizado una estancia práctica clínica de ........ días, …....horas, en el

has taken part in a Clinical Placement of ………..days, ……….hours,

Centro/Hospital /Departamento..........................................................................

in the Centre/Hospital/ Department …………………………………..………………………

con fecha ................................. al .....................................

from ………….. to ……………

con excelente/ mediano/ bajo aprovechamiento y dedicación.

with excellent/passable/low achievement and dedication.

Nota:

Grade:

**Tutor Signature** **International coordinator**

Fecha: Fecha:

Date: Date:

**Sello de la Facultad:**

**Stamp:**