

Buenos Aires, .....  
(Fecha)

## **SOLICITUD CERTIFICACION DE RESIDENCIA COMPLETA**

DIRECTOR NACIONAL  
DE CAPITAL HUMANO  
Y SALUD OCUPACIONAL

El/la que suscribe .....  
(Apellido y Nombre completo)

Constituyendo domicilio real en la calle .....

N° .....Piso.....Dpto.....CP.N° .....Localidad.....

Provincia de .....

Solicita la certificación del título de Residencia en .....  
(especialidad)

Para tal fin adjunta copia certificado (anverso y reverso) de la Especialidad mencionada,

En el periodo: .....  
(fecha de inicio y finalización de la residencia)

Expedido por:.....  
(indicar la Institución Científica ó Establecimiento Asistencial)

De la Provincia de: .....

Por medio de la presente me comprometo en caso de ser notificado por correo electrónico, a concurrir a la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional con el certificado original y DNI para la certificación correspondiente.

Saludos cordiales,

.....  
FIRMA

D.N.I. N° .....

Tel. Part. y/o Laboral.....

Celular N° .....

Correo Electrónico.....