



**Ministerio de Salud  
Argentina**

**CERTIFICADO DE ANTIGÜEDAD Y CAPACITACIÓN EN LA ESPECIALIDAD –  
LIC EN ENFERMERIA**

El/la abajo firmante, Dr./ Lic. ....MN.....

Jefe/a del Servicio y/ o jefe inmediato Superior de.....

Establecimiento.....

Dependiente de.....

CERTIFICA que el/la Lic. ....

Documento Nacional de Identidad N°.....CUIT/CUIL.....

ha mantenido una antigüedad comprobada prestando servicios asistenciales como Lic. en Enfermería desde el día..... del mes de .....del año..... , hasta el día...  
..... del mes  
del..... del año.....; cumplimentando un mínimo de 20  
(VEINTE) horas semanales y 200 (DOSCIENTOS) días por años calendario.

.....  
Firma y Sello del Jefe/a del Servicio

y/o Jefe/a Inmediato/a Superior

El/la que suscribe Dr./Dra./Lic. ....

Director/a de ....., avala con su conformidad la Certificación precedentemente suscripta, por el Jefe/a del Servicio y/o jefe/a Inmediato/a Superior de el/la Lic. ....

..... Se extiende el presente a pedido del/la interesado/a para ser presentado ante quien corresponda, en Buenos Aires, a los..... días del mes de.....del año .....

.....  
Sello del Establecimiento Asistencial

.....  
Firma y sello del Director/a