



D./Dña. _____ , con DNI _____ , Miembro Académico de la AEDV

CERTIFICA

Que D./Dña. _____ , con DNI _____ , trabaja en mi Servicio/Clínica de Dermatología. Especificar: _____

Y para que conste y surta los efectos oportunos, a petición del interesado, expido el presente certificado.

Fecha: _____

Firma: