

CERTIFICACION DE EJERCICIO PROFESIONAL COMO PSICOLOGO EN CENTRO/SERVICIO SANITARIO

D/D^a....., con DNI. n^o....., Titular/// Representante *(debidamente acreditado en su caso)* del Centro sanitario/// Servicio sanitario.....
.....*(añadir nombre comercial si lo tuviera)*, clasificado según la normativa vigente como..... *(ver clasificación en el anverso)*, situado en....., autorizado e inscrito en el Registro de Centros y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias con el NRS....., actualmente en la siguiente situación administrativa: Funcionamiento /// Cerrado.

CERTIFICA:

Que D/D^a, con NIF n^o, presta/// ha prestado servicios en el Centro sanitario/// Servicio sanitario referenciado, como profesional psicólogo/a, en la unidad asistencial de Psicología clínica (U. 70)/// Psicología general sanitaria (U.900), desde *(fecha)*.....hasta *(fecha)*....., con una relación laboral con el centro sanitario como trabajador por cuenta ajena/// trabajador autónomo.

Lo que se hace constar a los efectos procedentes declarando que son ciertos y completos todos los datos del presente certificado *(la falsedad en documentos públicos, privados y en certificados es un delito de acuerdo con el Código Penal)*

En, ade.....de 201...

Firma del titular o de persona con poder de representación
(Las Comunidades de Bienes firman todos sus miembros)