

CERTIFICAT DE VALIDACIÓ PROFESSIONAL ADDITIONAL A SOL·LICITUD D'ESTADA FORMATIVA

Centre sol·licitant: _____

Adreça: _____

Correu electrònic: _____

El/la _____ en qualitat de Director/a de Recursos Humans, certifica que el/la professional que es detalla a continuació reuneix els requisits acadèmics i legals, i té la cobertura de responsabilitat civil professional per a l'exercici de la seva activitat professional durant el període descrit a la sol·licitud d'estada formativa, del dia _____ al dia _____, al servei/unitat: _____ de Consorci Hospitalari de Vic – Fundació Hospital de la Santa Creu de Vic.

Nom i cognoms: _____

DNI/NIE: _____

Títol acadèmic: _____

Universitat o centre d'expedició: _____

Número de col·legiat: _____

Aquesta certificació s'expedeix a efectes oportuns i sota la responsabilitat del firmant.

Vic, ____ de _____ de 202__



Signatura digital director/a Recursos Humans