D/Dª

Responsable de:

CERTIFICA:

D/Dª

Ha realizados prácticas de clínica en psicoterapia en nuestro centro por un periodo total en **horas** entre y , sumando el total de **meses**.

Para que conste a los efectos oportunos.

Firmado en madrid a 19/02/2024

SELLO ENTIDAD

1.f) Prácticas Adicionales