

- **POR FAVOR, IMPRIMIR Y COMPLETAR DE PUÑO Y LETRA POR EL DIRECTOR/A DEL SERVICIO. LA CARTA DEBERÁ SER ENVIADA POR MAIL A residentes@aamr.org.ar. PREVIAMENTE DEBERÁ COMPLETAR EL FORMULARIO PARA ASOCIARSE QUE FIGURA EN EL SIGUIENTE LINK: <https://www.aamr.org.ar/socios/registrarse.php>**

A través de este documento, se deja constancia que el Dr./Dra.
_____ con DNI: _____ es
actualmente Residente/Concurrente de _____ año de la carrera
_____ en el servicio por mi dirigido en

FIRMA DEL DIRECTOR/A:

ACLARACIÓN:

DNI:

TELÉFONO DEL SERVICIO:

FECHA: