



ESCUELA GRADUADA
"Joaquín V. González"
Prosecretaría de asuntos universitarios
SECRETARÍA DE ASUNTOS



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

Nº: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Formulario de Certificación de inasistencias por razones de salud

Completar por el profesional de la salud

Certifico que el alumno/a _____

presenta: OMS _____ y/o diagnostico _____

Debiendo permanecer en su domicilio desde el día: ____ / ____ / ____ hasta el día: ____ / ____ / ____

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma y sello
del profesional

Completar por los padres

Establecimiento: _____

Nombre/s y apellido/s del alumno/a: _____

DNI: _____ Año: _____ División: _____ Turno: _____

Domicilio// Calle: _____ Nº: _____ Piso: _____ Depto: _____

Localidad: _____ Teléfono: _____ Celular: _____ E-mail: _____

Firma y aclaración
del responsable

Completar por la Dirección de Salud de la UNLP

De acuerdo al Artículo 24° del Reglamento General de los Establecimientos de Pregrado de la UNLP
Esta dirección **convalida / no convalida** el presente certificado.

Observaciones: _____

Fecha: ____ / ____ / ____