



**ESCUELA GRADUADA**  
**"Joaquín V. González"**  
 Prosecretaría de Pregrado  
 Secretaría de Asuntos Académicos



**UNIVERSIDAD**  
**NACIONAL**  
**DE LA PLATA**

N°: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_