



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: ____ / ____ / ____