



UNLP

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 diagnóstico:.....

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

Fecha :.....

.....
Firma y sello del profesional

Completar en el Establecimiento

Establecimiento:.....

Nombre y apellido del alumno/a:.....

DNI:.....

Año:..... División:..... Turno:.....

Domicilio: calle:..... Nº:..... piso:.....depto:.....

localidad:..... teléfono:.....

.....
Firma y sello del responsable

Completar por la Dirección de Salud de la UNLP

De acuerdo al artículo 24º del Reglamento General de los Establecimientos de
Pregrado de la UNLP esta Dirección convalida/no convalida el presente
certificado

Observaciones:.....

Fecha :.....

.....
Firma y sello del profesional de la Dirección de Salud