



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