

Formulario de Certificación de Inasistencias por Razones de Salud

(POR FAVOR COMPLETAR Y FIRMAR CON TINTA AZUL)

Nombre y apellido del/la estudiante: _____

D.N.I.: _____ Año: _____ División: _____

Domicilio: _____ Teléfono _____

Correo electrónico: _____

PADRE / MADRE / TUTOR

Apellido y nombre: _____

Firma: _____

Para ser completado por el/la profesional de la salud

La Plata, ____ de _____ de ____.-

El/la estudiante presenta: OMS _____ y/o diagnóstico _____

Debiendo permanecer en su domicilio desde el día ____ de ____ hasta el día ____ de ____ del año ____ (INCLUSIVE).

Firma y sello del/la profesional: _____

Para ser completado por la Dirección de Salud de la UNLP

La Plata, ____ de _____ de ____.-

De acuerdo al artículo 24° del Reglamento General de lo Establecimiento de pregrado de la UNLP esta Dirección convalida el presente certificado.

Observaciones: _____

Para ser completado por el Departamento de Alumnos del Bachillerato de Bellas Artes

El/la estudiante _____ que cursa el año ____ división ____
presentó el FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE INASISTENCIA POR RAZONES DE SALUD, debiendo
permanecer en su domicilio desde el día ____ de ____ hasta el día ____ de ____ del año ____ (INCLUSIVE) .

Justificación de inasistencias sujeta a convalidación de la Dirección de Salud de la UNLP