



COLEGIO NACIONAL  
"RAFAEL HERNÁNDEZ"



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE LA PLATA

## FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE INASISTENCIAS POR RAZONES DE SALUD

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

D.N.I.: ..... Cursa:.....año.....división.

Turno.....

Domicilio.....

Teléfono:.....Correo electrónico.....

.....  
Firma, aclaración y DNI del Padre, Madre o Tutor.  
*Por favor completar y firmar con tinta de color AZUL.*

### COMPLETAR POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD

El alumno/a presenta: OMS.....y/o diagnóstico.....

.....

Debiendo permanecer en su domicilio desde el día...../...../..... hasta el  
día...../...../.....- **(INCLUSIVE)**

Fecha...../...../.....-

.....  
Firma y sello del profesional  
*Agregar texto de ley de enfermedades de denuncia obligatoria*

### 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 el presente certificado.

Observaciones:.....

Fecha:.....