



COLEGIO NACIONAL
"RAFAEL HERNÁNDEZ"



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

Formulario de certificación de inasistencias por razones de salud

Establecimiento: Colegio Nacional "Rafael Hernández"

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

D.N.I.:.....

Cursa:.....año.....división. Turno.....

Domicilio.....

Teléfono:.....Correo electrónico.....

.....
Firma Madre/Padre o Tutor.

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...../...../.....-

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:.....