



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 24° del Reglamento General de los Establecimientos de pregrado de la UNLP esta Dirección convalida el presente certificado.

Observaciones:.....

Fecha:.....