



N°.....

Fecha .....

### Formulario de Certificación de inasistencias por razones de salud

#### COMPLETAR EN EL ESTABLECIMIENTO

Establecimiento: .....

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

DNI: .....

Año: ..... División: ..... Turno: .....

Domicilio: calle:..... N° ..... piso ..... depto .....

localidad: ..... teléfono: .....

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del responsable

#### 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

#### 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 / no convalida el presente certificado

Observaciones: .....

Fecha: .....

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del profesional de la Dirección de Salud