

País de origen:

Universidad de origen:

Facultad de origen:

CERTIFICADO DE APTITUD PSICOFÍSICA

El/la Sr. /Sra.....
número de pasaporte.....con domicilio legal
en.....se encuentra apto física y
psicológicamente para la realización de sus estudios universitarios y
cumplimentar sus obligaciones académicas y el desarrollo de su vida
universitaria y social en la Universidad Nacional de La Plata, República
Argentina.

Firma y sello del profesional e institución médica certificante.

Lugar y fecha: