



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA  
DIRECCIÓN DE RELACIONES INTERNACIONALES  
UNIVERSITARIAS

# CERTIFICADO DE APTITUD PSICOFÍSICA

---

*País de origen:*

*Universidad de origen:*

*Facultad de origen:*

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.*

*Fecha:*

*Lugar:*