



Instituto Universitario Italiano de Rosario

Certificado anual de salud Psicofísico

El que suscribe Dr/a _____, colegiado en _____, con el número de matrícula N° _____ y con ejercicio profesional en (Sanatorio/Instituto/ Hospital) _____

A pedido del interesado, CERTIFICO que, _____ con D.N.I. número _____, de _____ años de edad, cuya historia clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha a las _____ horas, se encuentra en condiciones Psicofísicas de realizar actividades de alumnos universitarios, incluidas las deportivas que realice durante el presente año, que correspondan a su edad y sexo.

Dejo constancia que a la vez SI – NO presenta discapacidad. (Si la respuesta es SI, debe señalar las características de las mismas)

Observaciones:

Y para que así conste en su legajo de la Escuela o Carrera _____, y a solicitud del IUNIR, se extiende el presente Certificado a los _____ días del mes de _____ del año _____

(Para menores de 18 años)

Nombre y Apellido del Padre o Tutor _____

DNI del Padre o Tutor _____

Firma del Padre o Tutor _____

Firma y Sello del Médico: _____

Nombre y Apellido del Médico: _____

Número de Matrícula del Médico: _____ TE _____

NOTA. Ningún Certificado Médico será válido si no va extendido en este impreso, editado por el IUNIR, debiendo, además, llevar el correspondiente estampillado del Colegio de Médicos y La Caja del Arte de Curar.

Autoriz. Provisoria Decreto P.E.N. N° 197/01 y Resolución M.E. 767/01 - 768/01 - Art. 64 inc. C Ley 24.521

Resolución CONEAU 415/00 – 095/01

Estampillado