



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: