



ANEXO I-Res. 256/17-CD.

Solicito justificar mi inasistencia a el/los día/s
..... debido a razones de

CERTIFICADO

Nombre: Edad:

D.N.I.:

Nombre del profesional: Matrícula:

Dirección:

Teléfono/s:.....

Día y hora de atención:/...../..... Hora:.....

Diagnóstico:

Recomendación:

**El certificado médico debe ser presentado dentro de las 48 horas posteriores
de incurrida la inasistencia**

Se informa a los profesionales que la ausencia de cualquiera de los datos solicitados hará inválido este certificado. Asimismo que los datos volcados serán corroborados telefónicamente por la Dirección de Enseñanza – Alumnos de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo.

Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACION

Prof. Mgter. Ma. Fernanda NAVARRO
SECRETARIA ACADEMICA

Prof. Dra. Ma. del Carmen Patricia DI NASSO
DECANA