UEP N° 55 DON ORIONE – NIVEL TERCIARIO

**EXAMENES OBLIGATORIOS**

APELLIDO Y NOMBRES:………………………………………………………………………..

FECHA DE NACIMIENTO:…………………………….DNI Nº………………………………..

DOMICILIO REAL:……………………………………………………………………………….

**EXAMEN DE APTITUD FISICA**

**EXAMEN DE OFTALMOLOGIA**:

Indicar por escrito si existe incapacidad visual, si la hubiera, indicar grado de incapacidad.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Firma y sello del Profesional

**EXAMEN DE OTORRINOLARINGOLOGIA:**

Indicar por escrito si existe incapacidad, si la hubiera indicar grado de incapacidad

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Firma y sello del Profesional

**EXAMEN DE FONOUDIOLOGIA**:

Indicar por escrito si existe incapacidad, si la hubiera indicar grado de incapacidad

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Firma y sello del Profesional

**CERTIFICADO DE APTITUD PSIQUICA**

**CAPACIDAD PSIQUICA:**

CONSTE Que de acuerdo a la evaluación al momento del examen se concluye que ............................

……………………………………………………………………………………………………………

de…………………………………………..años de edad, DNI Nº …………………………………….

SI POSEE - NO POSEE la capacidad psíquica para cursar la carrera de………………………………. ..………………………….………………………………………………………………………………

SI –NO requiere otras evoluciones……………………………………………….....................................

…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………….

 Firma y aclaración de interesado Firma y sello del Profesional

**CERTIFICADO DE APTITUD PSIQUICA Y FÍSICA**

CERTIFICO: Que …………………………………………………………………………………….

de …………..años, DNI Nº ……………………………..Nacionalidad……………………………..

de acuerdo a los exámenes realizados SE ENCUENTRA APTO PSIQUICA Y FISICAMENTE PARA INGRESAR A LA CARRERA DE ………………………………….. ………………………

y fue notificado/a de las conclusiones de la evaluación medica practicada.

Se extiende la presente en…………………………………………., a los ……………días del mes de

…………………………del año……………-------------------------------------------------------------------

 SELLO

SALUD PÚBLICA ………………………………………….