



# **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:***