

**País de origen:**

**Universidad de origen:**

**Facultad de origen:**

**CERTIFICADO DE APTITUD PSICOFÍSICA**

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.

Lugar y fecha: