

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

ORDEN A DIVISIÓN UNIVERSITARIA DE LA SALUD
PARA CERTIFICACIÓN MÉDICA EN

Dependencia	Código Servicio
Facultad de Psicología	19

DOMICILIO

Día	Mes	Año

Estudiante	Nº	C.I.

Domicilio	Calle	Nº	Piso	Apto.
	Teléfonos			

Cursa (Nombre de la carrera)

Observaciones: Si solicitó la licencia con fecha anterior a la que figura en este formulario. O si está internado o cualquier peculiaridad que no esté contemplada en este formulario y se considere de importancia.

Pedido Nº	Según Aviso Nº	Firma
XXX	XXX	

Informe de la Div. Univ. De la Salud a	SECCIÓN INTERESADA	Día	Mes	Año

LICENCIA POR EL TÉRMINO DE DÍAS A PARTIR																																
DEL/...../.....										SE REINTEGRA EL/...../.....																						
MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

(Tachar los días que estará con licencia médica)

Observaciones Causa: Médica Social Maternidad Lactancia	¿PUEDE ABANDONAR SU DOMICILIO?		Firma Médico Certificador de DUS
	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> SOLO PARA TRATARSE		