



CERTIFICACIÓN DE APTITUD PSICOLÓGICA / PSIQUIÁTRICA

**PARA EL INGRESO A LA CARRERA PROVINCIAL DE ENFERMERIA (ART. 3° INC. 2 LEY 9564)
PARA SER PRESENTADO ANTE EL MINISTERIO DE SALUD (Resolución N° 3493/14 MS.)**

DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDO/S Y NOMBRE/S:

DNI – LE – LC:

CERTIFICACION:

CERTIFICO HABER EXAMINADO AL SOLICITANTE, EL CUAL SE ENCUENTRA

.....
.....

PARA EL INGRESO A LA CARRERA PROVINCIAL DE ENFERMERIA.-

LUGAR Y FECHA:

.....
FIRMA Y SELLO DEL
PROFESIONAL INTERVINIENTE

DATOS DEL PROFESIONAL INTERVINIENTE:

APELLIDO Y NOMBRES:

DOMICILIO:

TELÉFONO:

NUMERO DE MATRICULA PROFESIONAL:.....

ORGANISMO QUE EXPIDIÓ LA MATRICULA:.....

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA EL PROFESIONAL CERTIFICANTE:

- 1) El presente certificado deberá ser emitido por profesional médico matriculado y habilitado.
- 2) Deberá certificarse si el solicitante se encuentra **APTO / NO APTO PSICOLÓGICA O PSIQUIATRICAMENTE** para el desarrollo de las actividades a las que se postula.