



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Nacional de La Pampa

Por medio de la presente se deja constancia
que.....DNI,
estudiante de la carrera.....
asistió en el día de la fecha al/la
clase/exámen/práctica.....de la
asignatura.....
....., que se realizó entre la hora:y la hora:.....



Fecha:



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Nacional de La Pampa

Por medio de la presente se deja constancia
que.....DNI,
estudiante de la carrera.....
asistió en el día de la fecha al/la
clase/exámen/práctica.....de la
asignatura.....
....., que se realizó entre la hora:y la hora:.....



Fecha: