



Buenos Aires Provincia  
Educación

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR  
INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN  
DOCENTE N° 23

### CONSTANCIA DE APTITUD OTORRINOLARINGOLOGICA

A los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 20\_\_, se deja constancia expresa

que el / la alumno / a \_\_\_\_\_,

DNI N° \_\_\_\_\_ de 1er año, del Profesorado de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, posee el **APTO OTORRINOLARINGOLOGICO.**

Firma y sello del médico /a