



Buenos Aires Provincia
Educación

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR
INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN
DOCENTE Nº 23

CONSTANCIA DE APTITUD FONOAUDIOLÓGICA

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 FONOAUDIOLÓGICO**.

Sello del Establecimiento

Firma y sello del Fonoaudiólogo /a