



Buenos Aires
Provincia

A4c

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR

INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN

DOCENTE y/o TÉCNICA N°

CONSTANCIA DE APTITUD FONOAUDIOLÓGICA

A los días del mes de de, se deja constancia expresa de que el
alumno/a DNI
de año, comisión, del Profesorado
....., posee el **apto fonoludológico**.

Sello del establecimiento

.....
Firma y aclaración Profesor/a