Ministerio
de Educación
Gobierno del Chubut

Chubut, ____ de _____ de 20___.-

DIRECCION DE RECONOCIMIENTOS MEDICOS
PROVINCIA DEL CHUBUT
S_____/_____D

Ref.: S/Solicitar Certificado Aptitud Psico-Físico.

Por la presente, nos dirigimos a Uds. con el fin de solicitar el Certificado de Aptitud Psico-Físico del/la docente _____DNI_____; a efectos de dar cumplimiento con la LEY VII N°20 CAPITULO VII DE LOS DERECHOS Y DEBERES art. 17 inciso r); que establece las condiciones para el inicio de la actividad docente.

Sin otro particular, saludamos atentamente.