

4ºB.

CERTIFICADO MEDICO

El Médico que suscribe haber examinado personalmente a don(a): _____

Luciana Muriel Fernández R.U.T.: _____

Quien se encuentra en:

Buenas condiciones de salud

Reposo por: 7 días, con diagnóstico de: Estado
graves Reposo desde el 9/5/22

Se extiende el presente certificado a petición del interesado(a) para ser presentado en:

Colegio

Atti

Dra. Ella Hidde Farias
MEDICO FAMILIAR
RUT: 6.901.163 - 2
RCM: 16.009 - 1

Vox
Nombre y Firma del Médico

Temuco, 10/5/2022