

DIVISIÓN DE CERTIFICACIONES DOCENTES

CERTIFICACIÓN MÉDICA

La siguiente certificación médica será utilizada única y exclusivamente para la solicitud de renovación de certificados y solicitudes nuevas, de conformidad con el Reglamento para la Certificación del Personal Docente del Departamento de Educación de Puerto Rico.

Certifico que _____ con número de
identificación _____ y nacido en _____, no tiene
defectos físicos, enfermedades o incapacidad alguna que le impida el llevar a cabo los
deberes como: ____ maestro ____ director ____ consejero ____ otro _____.

Fecha _____ Nombre del Dr. que certifica _____

Firma _____ Número de licencia _____

Dirección: _____

Sello

P.O. Box 190759, San Juan PR 00919-0759 (787) 773-6286/2483/2573/6284/6600/2457



El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de edad, raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acoso.