

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