

Aimogasta L.R. 13 de Noviembre de 2024

A la Directora Esc. N° 195 Pcia. De Catamarca

Profesora: Elizabeth Villegas

S-----/-----D

La que suscribe Quintero Valeria Deolinda de la Cruz, D.N.I. 27450168, Maestra de 2º "A" turno mañana. Tiene el agrado de dirigirse a usted para solicitar se justifique con la Lic. 10.2 el día 11 de Noviembre del 2024. Adjunto certificado otorgado por el médico.

Sin otro motivo saludo a usted muy atentamente.



[Handwritten signature]
Prof. Karina D. Brizuelo
Secretaria
Esc. N° 195

Recibido: 28/11/24
HRS: 10:00

[Handwritten signature]
Valeria Quintero
DNI: 27.450.168



CENTRO DE SALUD FRANCISCO (TERMAL S.R.L.)

TEL.: 3837-691723 ATENCIÓN FAMILIAR

El Médico que suscribe **CERTIFICA** que el/la Sr. /a: Quintero Emanuel de
— años de edad, con DNI: 27450168 padece de Respir debiendo
su hoye Quintero Valerio Declinado. con CUIL/DNI:
27450168 estar al cuidado de su salud durante _____ días, a partir de la
fecha.

Dependencia: Escuela N° 128

Fiambalá 11 de Noviembre de 2024

Firma _____

MEDICO
M.P. 1968