

Dr./Dra. ....

Nº Colegiado .....

**CERTIFICA QUE**

Por prescripción médica, el paciente .....  
con DNI/NIE ..... no puede asistir al Curso de Inmersión en Lengua  
Inglesa, organizado por la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP), que  
tendrá lugar en la sede de ..... desde el ..... de  
..... hasta el ..... de ..... de 2020.

En ....., a ..... de ..... de 2020.

Firma y sello: .....