----------Quien suscribe (Apellido y Nombres, DNI, LE, LC, Pasaporte o Cédula de Identidad) AUTORIZA a (Apellido y Nombres, DNI, LE, LC, Pasaporte o Cédula de Identidad) a presentar en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de la Plata, entre los días 7 de noviembre y 16 de diciembre de 2022, la documentación en soporte papel (original), adjuntada oportunamente en la preinscripción, a los efectos de confirmar la misma para el Ingreso 2023.--------------------------------------La presente autorización tiene carácter de declaración jurada.----------------------------------------------------

Lugar y Fecha:

……………………………………….... ………………………………………..

Firma y Aclaración del AUTORIZANTE Firma y Aclaración del AUTORIZADO