****

La Plata………………………….de 20

Méd. Cara Joaquín

Secretario de Extensión Universitaria de la

Facultad de Ciencias Médicas – UNLP –

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por medio de la presente me comunico a Usted, en mi carácter de Director del Proyecto …………………………………………………………………………………………. y digo:

1. Que los objetivos generales y específicos del proyecto anteriormente mencionado son:

* …………………………………………….
* …………………………………................
* ……………………………………………..

1. Que los mismos fueron debidamente cumplidos en tiempo y forma por los estudiantes que se mencionan en el Anexo, durante el ciclo de capacitación teórico/practica en la Facultad de Ciencias Médicas en el ciclo lectivo correspondiente al año……………..
2. Solicito que se lleve a cabo la debida acreditación del total de las horas según corresponda, en calidad de horas de Materias Optativas, cumplimentando la Resolución 114/17 y modificatorias.
3. Se adjunta planilla con datos personales de los extensionistas, debida calificación y carga horaria correspondiente.

Sin otra consideración, lo saluda atentamente.

………………………………………..

Director del Proyecto

Anexo

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre y Apellido | Carrera | Nº de Legajo | Cantidad de Horas Optativas que acredita | Nota Final (en número) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |