



La Plata.....de.....de 20.....

Señor Decano

Decano de la Facultad de Ciencias Médicas

S/D.

El/la que suscribe.....

Habiendo rendido el día.....del mes.....del año.....la última asignatura del Plan de Estudios correspondiente a la carrera de MEDICINA que corresponde la cantidad de.....materias, solicita la expedición de su diploma de MEDICO/A.-

Saludo al Señor Decano Atentamente.

.....

FIRMA DEL INTERESADO

DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____

CODIGO POSTAL; _____ TELEFONO(S) _____

E MAIL: _____

D.N.I.: _____ ESTADO CIVIL: _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ LUGAR: _____

PROVINCIA: _____ PAIS: _____

TITULO SECUNDARIO: _____

NOMBRE DEL COLEGIO: _____

SECUNDARIO EXTRANJERO: NÚMERO DE CONVALIDACION:

SI ES EXTRANJERO: RESIDENCIA PERMANENTE-TEMPORARIA

RESIDENCIA VENCE: _____

ARGENTINO/A NATURALIZADO/A O POR OPCIÓN

(Tachar lo que no corresponda)