Buenos Aires, ……… de ………………………… de 20……

**SR. DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA**

**DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES**

**PROF. DR. RICARDO J. GELPI**

**S / D:**

 Tengo el agrado de dirigirme a usted a efectos de solicitar la inscripción de/los/as (Residentes, Concurrentes Programáticos, Becarios Adscriptos a la residencia) que a continuación se mencionan para la Carrera de Médico Especialista en ……………………………………………………………………………………, en la Unidad Académica ………………………………………….(De corresponder aclarar la Subsede) Ciclo lectivo……………

Nomina de Ingresantes:

*
*

 **FIRMA:**

 **(DIRECTOR DE LA CARRERA)**

**TEL:**

**MAIL:**

**(La presente solicitud deberá contar con el visto bueno de la Dirección de Carreras de Especialista)**