

Universidad de Buenos Aires Facultad de Medicina

COMPLETAR Y ENVIAR ESTE FORMULARIO A:

[**maestrias-dtitulos@fmed.uba.ar**](mailto:dirtitulos.licenciaturas@fmed.uba.ar) **o** [**doctorados-dtitulos@fmed.uba.ar**](mailto:doctorados-dtitulos@fmed.uba.ar) **segun corresponda.**

JUNTO CON:

* BOLETA DEL ARANCEL DEL DIPLOMA ($ 157.-). ***PAGO SUSPENDIDO*** *por Res. (CD) 230/2020 del 13 de agosto del 2020.-*
* 1 FOTO DE DNI FRENTE Y DORSO (LEGIBLES).

***APELLIDOS Y NOMBRES:…………………………………………………………………………………………………..***

***CARRERA:……………………………………………………………………………………………………………………….***

***DOMICILIO ACTUAL:……………………………………………………………………………………………………….***

***TELEFONO CELULAR:……………………………………………………………………………………………………….***

***DIRECCION DE E-MAIL:.......................................................................................................***

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