

Universidad de Buenos Aires Facultad de Medicina

COMPLETAR Y ENVIAR ESTE FORMULARIO A:

**maestrias-dtitulos@fmed.uba.ar** **o** **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:.......................................................................................................***

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