

Por favor escribir en letra de imprenta

Apellido: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Provincia: _____

País: _____ C.P.: _____

E-mail: _____ Tel: _____

Pasaporte N°: _____ Sexo: M__ / F__

Soy alumno/a del _____ año de la carrera de _____, en un programa de _____ años.



Rotaciones/Prácticas Hospitalarias: Nota: Todas las rotaciones deben comenzar un lunes y finalizar un viernes.

1^{ra} opción: _____ rotación _____ día / _____ mes / _____ año al _____ día / _____ mes / _____ año

2^{da} opción: _____ rotación _____ día / _____ mes / _____ año al _____ día / _____ mes / _____ año

3^{ra} opción: _____ rotación _____ día / _____ mes / _____ año al _____ día / _____ mes / _____ año

Esta sección debe ser completada por el Decano o autoridad correspondiente de la Facultad en donde el alumno este inscripto-

El / la estudiante:

- 1- Estará exento del pago en la Facultad de Medicina UBA
*(solo en caso de convenio firmado entre ambas Instituciones)
- 2- Una evaluación final necesaria al término de la rotación
- 3- El alumno habla y escribe en castellano de manera fluida

SI*	NO
SI	NO
SI	NO

SELLO DE LA UNIVERSIDAD

_____ Título de la autoridad

_____ firma

_____ fecha