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

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

**DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES**

**PROF. DR. Luis Ignacio BRUSCO**

**S / D:**

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

Nomina de Ingresantes:

*
*

 **FIRMA:**

 **(DIRECTOR DE LA CARRERA)**

**TEL:**

**MAIL:**