



*Universidad de Buenos Aires*



*Facultad de Medicina*

---

**Unidad Académica de Embriología**

*Departamento de Histología, Biología Molecular, Embriología y Genética  
Facultad de Medicina- Universidad de Buenos Aires*

---

----- Certifico que .....; DNI .....  
estudiante de la carrera de Medicina, ha rendido el examen Parcial / Final / Recuperatorio de  
Embriología, en el día de la fecha. -----

-----Se extiende el presente certificado a pedido del/de la interesado/a, para ser presentado ante  
quien corresponda. -----

-----Dado en Buenos Aires, a los ..... días del mes de ..... de 2025.-----

Firma y Aclaración del Docente.



Paraguay 2155  
Capital Federal. Argentina  
[www.fmed.uba.ar](http://www.fmed.uba.ar)



**FORMANDO FUTURO**