

SOLICITUD DE PASE DE UNIDAD DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA

ALUMNO:

DNI:

TEL:

Por la presente, se presta conformidad del **ingreso** en la Unidad Docente

.....

Firma y sello Director/a

AUTORIZADO

Firma y sello Director/a
Esc. de Enfermería
Fac. de Medicina - UBA

INGRESO EN SISTEMA

Fecha: / /