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

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

**DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES**

**PROF. DR. RICARDO J. GELPI**

**S / D:**

Tengo el agrado de dirigirme a usted a efectos de solicitar la baja a partir de la fecha …………………………… a la Carrera de Médico Especialista en ……………………………………………………………………………………, en la Unidad Académica …………………………………………, en carácter de (residente/concurrente programático/becario adscripto a la residencia/seleccionado)……………………………………………………………………………….

Habiendo ingresado a la Carrera, en el ciclo lectivo ………………………….

A continuación se adjunta la siguiente documentación:

* Nota del Director de Carrera de la sede, informando la situación académica y aclarando si rindió o no exámenes.

**FIRMA:**

**ACLARACION:**

**DNI:**

**TEL:**

**MAIL:**

**(La presente solicitud deberá contar con el visto bueno de la Dirección de Carreras de Especialista)**