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

**SEÑOR DECANO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**PROF. DR. RICARGO J. GELPI**

# **S / D**

 Tengo el agrado de dirigirme a usted a efectos de elevarle el Acta de Selección Complementaria en la Carrera de Médico Especialista en ……………………………………………………………………………………… ciclo lectivo 20…….

 Saludo a usted muy atentamente.

 **...................................**

 **Firma del Director de Carrera**

ACTA DE SELECCIÓN COMPLEMENTARIA

 En la Ciudad de Buenos Aires a los días del mes de de 2017, en mi carácter de Director/a de la carrera de Médico Espelcialista en ………………………………………………………………………………………………………………, estudiado los antecedentes curriculares y efectuada la entrevista personal de conformidad con lo establecido en la Resolución (CS) N° 4030/15 se solicita la inscripción de las siguientes profesionales:

# **SELECCIONADO ARGENTINO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NRO. DE****ORDEN** | **D.N.I**  | **APELLIDOS Y NOMBRES** | **UNIDAD DOCENTE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# **SELECCIONADO EXTRANJERO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NRO. DE****ORDEN** | **D.N.I**  | **APELLIDOS Y NOMBRES** | **UNIDAD DOCENTE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 **...................................**

 **Firma del Director de Carrera**

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