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 reincorporación a la Carrera de Médico Especialista en…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………, por los motivos que a continuación se detallan:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 Habiendo ingresado a la misma, con Nº de expediente ……………………………………, ciclo lectivo …………………………… .

 Asimismo informo que se encuentran presentadas las actas de examen correspondientes a las asignaturas aprobadas.

 A continuación se adjunta la siguiente documentación:

* Nota del Director de la Carrera de Especialista avalando la reincorporación solicitada.

**FIRMA:**

**ACLARACION:**

**DNI:**

**TEL:**

**MAIL:**

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