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 el cambio de sede para continuar la Carrera de Médico Especialista en ……………………………………………………………………………………, en la Unidad Académica ………………………………………….

Habiendo ingresado a la Carrera en la Unidad Académica ……………………………………………………………, con Nº de expediente ………………………………………, ciclo lectivo ………………………….

A continuación se adjunta la siguiente documentación:

* Nota del Director de Carrera de la sede adjudicada autorizando el traslado.
* Certificado de residencia, concurrencia programática o beca adscripta a la residencia emitido por el CODEI, con fecha de inicio y finalización, de la sede adjudicada.
* Nota del Director de Carrera de la sede propuesta aceptando el traslado.
* Certificado de residencia, concurrencia programática o beca adscripta a la residencia emitido por el CODEI, con fecha de inicio y fecha probable de finalización, de la sede propuesta.

**FIRMA:**

**ACLARACION:**

**DNI:**

**TEL:**

**MAIL:**

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