Universidad de Buenos Aires
Facultad de Medicina

Universidad de Buenos Aires
Facultad de Medicina

Por favor escribir en letra de imprenta

Apellido:_____

Nombre:_____

Dirección:_____

Ciudad:_____ Provincia:_____ País:_____ C.P:_____

e-mail:_____ Tel:_____ Fax:_____

Pasaporte Nº _____ Sexo: M___ / F___

Soy alumno del _____ año de la carrera de_____, en un programa de _____ años-

Para que rotación solicita la vacante? **Nota: Todas las rotaciones deben comenzar un lunes.**

1ra opción:_____ ____/____/____ al ____/____/____
rotación día mes año día mes año

2da opción:_____ ____/____/____ al ____/____/____
rotación día mes año día mes año

3ra opción:_____ ____/____/____ al ____/____/____
rotación día mes año día mes año

Esta sección debe ser completada por el Decano o autoridad correspondiente de la Facultad en donde el alumno este inscripto-

El / la estudiante:

1- Estará exento del pago en la Facultad de Medicina UBA *(solo en caso de convenio firmado entre ambas Instituciones)	**SI***	**NO**
2- Una evaluación final necesaria al término de la rotación	**SI**	**NO**
3- El alumno habla y escribe en castellano de manera fluida	**SI**	**NO**

_____ _____ _____ SELLO DE LA UNIVERSIDAD
Título de la autoridad **firma** **fecha**