**UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**SECRETARIA DE CIENCIA Y TECNICA**

**PARAGUAY 2155 1º P M3 –CABA**

**Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ……………………………………………………**

**SEÑOR DECANO:**

 Tengo el agrado de dirigirme a Usted con el objeto de solicitarle la correspondiente autorización para iniciar los trámites para la obtención del título académico de **DOCTOR DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES** de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución (CS) Nº 6944/13.-

***APELLIDOS: ………………………………………………………………………………………………………....***

***NOMBRES:…………………………………………………………………………………………………………....***

***DNI: …………………………………………………………………… FECHA NACIMIENTO****:* **…… /…… /.……..**

***DOMICILIO:……………………………………………………………………………………………………………..***

***NACIONALIDAD:…………………………………………………………………………………………...…………***

***C.P.: ………………..CIUDAD: ………………………………. PROV.:……………………………………………….***

***TELEFONOS: PART.:…………………CEL.: ………………………*** **LABORAL:** **………………………………….**

***CORREO ELECTRÓNICO: ………………………………………………………………………………………...…..***

***TITULO DE GRADO:…………………………………………………………………………………………………….***

*GRADUADO DE LA UNIVERSIDAD:…………………………………………………………………………..……..*

***TITULO DE LA TESIS:……………………………………………………………....................................................***

***………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………***

***AREA:***I- MEDICINA CLÍNICA II- MEDICINA QUIRÚRGICA III-CIENCIAS MÉDICAS BÁSICAS

IV- CIENCIAS ÉTICAS HUMANÍSTICAS Y SOCIALES MÉDICAS V-DISCIPLINAS DE CIENCIAS DE LA SALUD

***LUGAR DONDE SE REALIZARA LA TESIS:…………………………………….………………………………….***

***DIRECTOR DE LA TESIS: ………………………………………………………………………………………...…...***

***MAXIMO TITULO ACADEMICO / INSTITUCION:……………………………………...…………………………....***

***TELEFONO:……………………………CORREO ELECTRÓNICO: ……………………………………………..…***

***CARGO DOCENTE:…………………………………………………………………………………………………….***

***UNIDAD ACADEMICA:……………………………….INSTITUCION:……………………………………………….***

***DIRECTOR ASOCIADO DE TESIS:………………………………………………………………………………...…***

***MAXIMO TITULO ACADEMICO / INSTITUCION:……………………………………...………………………...….***

***TELEFONO:……………………………CORREO ELECTRÓNICO: ……………………………………………..…***

***HA SOLICITADO BECAS? SI NO INSTITUCIÓN:…………………………………………....***

**Adjunto por separado mi curriculum vitae, el plan de tesis, una nota del Director y/o Directores de Tesis explicativa sobre el lugar y los medios disponibles para la realización de la tesis y fotocopia de título legalizada por la Universidad de Buenos Aires.**

**Asimismo, declaro conocer la reglamentación de la Carrera de Doctorado aprobada por Resolución (CS) Nº 6944/13 y el Reglamento Interno de la Carrera aprobado por Resolución (CD) Nº 2449/12.**

**FIRMA:.......................................**

**AL SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA**

**PROF. DR. RICARDO GELPI**

# Original: Expediente /Duplicado: Legajo /Triplicado: interesado