

<b>Apellido y Nombre:</b>			<b>LU:</b>	
ROTACIÓN	PERIODO	CENTRO ASISTENCIAL	FIRMA DEL RESPONSABLE	SELLO
Rotación de:				
Rotación de:				
Rotación de:				
Rotación de:				
Rotación de:				
Rotación de:				

**Autorizados a firmar:** Coordinador del IAR/ Responsable de Modulo IAR/ Director UDH

**IMPORTANTE:** En el caso de tener un error o estar remarcada la fecha de cursada, debe estar salvada en observaciones, con firma y sello del Docente.

<b><u>Módulo Específico</u></b>	
Especialidad:	
Hospital:	Firma y sello
Fecha:	
<b><u>Módulo Específico</u></b>	
Especialidad:	
Hospital:	Firma y sello
Fecha:	
<b><u>Talleres del IAR</u></b>	

Observaciones:.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....



Universidad de Buenos Aires



Facultad de Medicina

INTERNADO ANUAL ROTATORIO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 UBA



Foto del  
 alumno/a

**Apellido:**

**Nombre:**

**LU:**

**UDH:**