



Universidad de Buenos Aires



Facultad de Medicina

INTERNADO ANUAL ROTATORIO

FACULTAD DE MEDICINA

UBA



Foto del
alumno/a

Apellido:

Nombre:

LU:

UDH:

| | |
|--------------------------------|---------------|
| <u>Curso de ingreso</u> | |
| Fecha de inicio: | |
| Fecha de finalización: | Firma y sello |
| <u>Rotación de APS</u> | |
| BIC: | |
| Fecha de inicio: | |
| Fecha de Finalización: | Firma y sello |
| <u>Rotación de APS</u> | |
| CeSAC/CAPs: | |
| Fecha de inicio: | |
| Fecha de Finalización: | Firma y sello |
| <u>Talleres del IAR</u> | |
| | |
| | |
| | |

Autorizados a firmar: Coordinador del CeSAC

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 Coordinador.

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