



SOLICITUD DE CAMBIO DE UNIDAD HOSPITALARIA

Fecha ____/____/20__

DR. PRIETO FEDERICO
SECRETARIO DE ASUNTOS ESTUDIANTILES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
PRESENTE

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a efectos de solicitarle el cambio de UNIDAD HOSPITALARIA, correspondiente al 3° año de la carrera de Medicina.

Estoy inscripto en la Unidad Hospitalaria: _____

y requiero cursar en la Unidad Hospitalaria: _____

Motiva la presente solicitud: _____

Se adjunta documentación que justifica lo requerido(_____).

Saludo a Ud atentamente.

Datos del Alumno
Apellido y Nombre:
N° Matricula o DNI:
E-mail:
Teléfono:
Domicilio:
Firma y Aclaración: