



CRÉDITOS otorgados según Res.N°90 del 06/06/2018 de PARTERAS o EUTM a DOC.MEDICINA FORMULARIO R90

Expediente N°

Montevideo, de de 20 .-

Sra.Directora

Departamento de Enseñanza

Quien suscribe, _____, C.I. _____ estudiante de la Carrera

Doctor en Medicina solicita:

MARCAR CON UNA CRUZ

| | |
|---|--|
| Revisión de créditos ya asignados en fecha _____ a efectos de re-ordenar los mismos según Resolución N°90 | |
| Asignación de créditos en materias Optativas/Electivas de acuerdo a las Escolaridades presentadas. | |

Adjunto Escolaridad de:

| | PARTERAS | EUTM |
|------------|----------|------|
| ESTUDIANTE | | |
| EGRESADO | | |

Acepto como procedimiento de notificación válido la comunicación por escrito a la dirección de correo electrónico que figura a continuación:

Mail de contacto:

Nombres y Apellidos:

Celular:

C.I.:

FIRMA DEL ESTUDIANTE

C R É D I T O S - ESTUDIANTES/EGRESADOS - PARTERAS/EUTM