FOTO

**SOLICITUD DE TITULO DE POSGRADO 2023**

La Plata,……….. de… de 20…

**Sr. Decano de la**

**Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata**

El que suscribe ……………………………………………………………………….………

habiendo aprobado el día………..de……………………………..de 20 , la última asignatura (Tesis)……………………………………………………………………. nota (en número y letras) ……………..

……………………..............................................……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. Plan …………………………………

Firma del egresado

Apellidos y Nombres:……………………………………………………………………………………………………

Lugar y fecha de nacimiento:………………………………………………………………………………………..

DNI N°:……………………………………PASAPORTE N° (en caso de ser extranjero)…………………………………………………

Certificado de residencia: (en caso de ser extranjero)………………………………………Estado Civil:……………………

Título Universitario con el que se inscribió:………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………… Reválida del Título Universitario: ……………………………………..Fecha:………………………………… Domicilio legal (el que figura en el DNI):…………………………………………………………………………………….. Localidad y Provincia:…………………………………………Código Postal:…………………………………. Teléfono:…………………………………………Teléfono celular:………………………………………………….. E-mail:……………………………………………………………………………………………………………………………

La Plata,…………..de… de 20…

**Señor Decano de la**

**Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata S / D**

Tengo el agrado de dirigirme a usted a efectos de solicitarle quiera tener a bien contemplar la posibilidad por donde corresponda se proceda a tramitar mi título de…………………………………………………………………………………..…

Sin otro particular saludo a Usted muy

atentamente.

Firma del egresado

Apellidos y Nombres:……………………………………………………………………………………………………..

Tipo y Número de documento:………………………………………………………………………………………

Domicilio:……………………………………………………………………………………………………………………….

Localidad y Provincia:…………………………………………………………………………………………………….

Teléfono:……………………………………………………………………………………………………………………….

Teléfono celular:……………………………………………………………………………………………………………

E-mail:…………………………………………………………………………………………………………………………..

*La Plata, de de 20.....*

La Secretaria de Posgrado de la Facultad de Odontología, dependiente de la Universidad Nacional de La Plata, **certifica** que:

Apellido y Nombre: .....................................................................................................................................................

D.N.I. N°: .........................................................

Aprobó todas las materias del Plan de Estudios ............................................................................................

Última Asignatura y fecha de rendida de la misma: .....................................................................................

Domicilio: ....................................................................................

Teléfono Fijo: .............................................................................

Celular: .........................................................................................

*Nota: De acuerdo al artículo 20 (4) y 47 bis (12) de la Ordenanza 101 vigente, establezco como*

*forma de notificación de cualquier actuación, una casilla de correo electrónico.*

Autorizo **SI NO**

Correo electrónico: .................................................................

¿Tuvo Readmisión?: Si/ No

¿Tuvo Materias para actualizar?: Si/ No

**SOLO PARA EXTRANJEROS**

Indique si va a ejercer la profesión en la Argentina:

**SI NO**

Firma Aclaración