



La Plata, de de 20....

La Dirección de Enseñanza de la Facultad de Odontología,
dependiente de la Universidad Nacional de La Plata, **certifica** que:

Apellido y Nombre:

D.N.I. N°: Legajo 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