



**SOLICITUD DE TITULO DE GRADO 2020**

La Plata,..... de.....de 2020

**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  
..... nota (en números 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 Secundario 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 2020

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:.....