|  |
| --- |
| **Secretaria de Asuntos Académicos**  FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  HOSPITAL ODONTOLÓGICO |



UNIVERSIDAD

NACIONAL DE

LA PLATA

La Plata,….......de……….……….......20…......

**Sr. Decano**

**de la Facultad de Odontología**

**de la Universidad Nacional de La Plata**

**S\_\_\_\_\_ \_ \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_D**

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a los efectos de solicitarle quiera tener a bien contemplar la posibilidad que por donde corresponda se proceda a tramitar mi título de:............................................

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.

.......................................................

Firma del egresado

Apellidos y Nombres..................................................................................

Tipo y Número de documento.....................................................................

Domicilio.................................................................................................

Localidad y Provincia.................................................................................

Teléfono..................................................................................................

Teléfono celular........................................................................................

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