



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:.....



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

SOLICITUD DE TÍTULO DE GRADO

La Plata,.....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.....
Nota (en números números y letras).....Plan.....

.....
Firma del egresado

Apellidos y Nombres:.....
Lugar y fecha de Nacimiento.....
DNI. N°..... Pasaporte N°.....
Certificado de residencia (si es extranjero).....Estado civil:.....
Título Secundario con el que se inscribió:.....
.....
Reválida del Título Universitario:..... Fecha.....
Domicilio legal (DNI):.....
Localidad y Provincia:..... Código Postal.....
Teléfono:..... Teléfono celular:.....
E-mail:.....