

La Plata.....de.....de 202.....

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°:.....Carrera.....

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

Ultima Asignatura y fecha de rendida 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.....