 **SECRETARIA**

 **DE POSGRADO**

*La Plata, de de 20.....*

La Secretaria de Posgrado de la Facultad de Odontología, dependiente de la Universidad Nacional de La Plata, **certifica** que:

Apellido y Nombre: .....................................................................................................................................................

D.N.I. 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