



La Plata, de de 20....

Sr. Decano de la Facultad de Odontología  
Prof. Dr Gabriel Eduardo Lazo  
S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D.

### **Ref. Certificación de Programas.-**

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, a los efectos de solicitarle quiera tener a bien, contemplar la posibilidad de que se tramite por donde corresponda, la Certificación de los programas correspondientes a las asignaturas cursadas y aprobadas, pertenecientes al Plan de Estudios \_\_\_\_\_ de la carrera de Odontología, los cuales serán presentados ante \_\_\_\_\_

Sin otro particular, saludo con mi más distinguida consideración.

### **ASIGNATURAS PARALELAS**

**Prótesis**

**Cirugía**

**Periodoncia**

**Operatoria Dental**

**Endodoncia**

**Odontología Integral Niños**

Apellido y Nombre: .....

D.N.I. N°: ..... Legajo N°: .....

Domicilio: ..... Código Postal: .....

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: .....

Firma

Aclaración