



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