|  |
| --- |
| **Secretaria de Asuntos Académicos**FACULTAD DE ODONTOLOGÍAHOSPITAL ODONTOLÓGICO  |



 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:….................................................................................................