



FORMULARIO DE SOLICITUD DE ESCOLARIDAD

Día	Mes	Año

NOMBRES Y APELLIDOS (Completo):

.....

C.I. Nro..... TELÉFONO

CARRERA:.....

GENERACION: FECHA DE EGRESO.....



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE MEDICINA - ESCUELA UNIVERSITARIA DE TECNOLOGÍA MÉDICA

Departamento de Administración de la Enseñanza – Sección Bedelía

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ESCOLARIDAD

Día	Mes	Año

NOMBRES Y APELLIDOS (Completo):

.....

C.I. Nro..... TELÉFONO

CARRERA:.....

GENERACION: FECHA DE EGRESO.....
