



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Administración de la Enseñanza - Sección Bedelía

FORMULARIO DE SOLICITUD DE TÍTULO

Día	Mes	Año

NOMBRES Y APELLIDOS (Completo):

.....

C.I. Nro..... TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO :

DIRECCIÓNCIUDAD.....

CARRERA:.....

GENERACION: FECHA DE EGRESO.....

=====



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Administración de la Enseñanza - Sección Bedelía

FORMULARIO DE SOLICITUD DE TÍTULO

Día	Mes	Año

NOMBRES Y APELLIDOS (Completo):

.....

C.I. Nro..... TELÉFONO

DIRECCIÓNCIUDAD.....

CORREO ELECTRÓNICO:

CARRERA:.....

GENERACION: FECHA DE EGRESO.....

Recibido por Sección Bedelía el ____/____/20__ por el Funcionario: _____