



Montevideo..... de de 20

Prof. Lic. Graciela Do Mato
Directora de la Escuela Universitaria
de Tecnología Médica
PRESENTE

Quien suscribe,, titular de la cédula de identidad número
....., con tel/ cel, correo
electrónico y con domicilio real en
....., solicito el otorgamiento del título de
Licenciado en Terapia Ocupacional POR COMPETENCIA NOTORIA, al amparo de lo dispuesto en el
*Reglamento de Otorgamiento del Título de Licenciado en Terapia Ocupacional de la Escuela
Universitaria de Tecnología Médica por Competencia Notoria y por Actuación Documentada* aprobado
por resolución N° 17 del C.D.C. del 27/V/2014 y publicado en el Diario Oficial el 9/VII/2014.-

A esos efectos y de acuerdo a lo previsto en el art. 3° del Reglamento, agrego la documentación que
acredita (marque lo que corresponde e indique el número de documentos que presenta en cada
ítem):

ejercicio profesional	SI..... NO.....	No. de documentos.....
investigación	SI.... NO.....	No. de documentos.....
docencia en instituciones de nivel superior	SI.... NO.....	No. de documentos.....
conocimiento de medios y técnicas de la especialidad	SI..... NO.....	No. de documentos.....



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA - FACULTAD DE MEDICINA



ESCUELA UNIVERSITARIA DE TECNOLOGÍA MÉDICA

Asimismo tomo conocimiento de que, conforme a lo establecido en el art. 8° literal a) de la Ordenanza de Actos Administrativos de la Universidad de la República, el domicilio electrónico (correo electrónico) que constituyo en este acto será válido para todas las notificaciones que el trámite requiera, hasta que comunique otro domicilio.

.....

(Firma)