

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
Facultad de Medicina  
ESCUELA DE GRADUADOS

**SOLICITUD DE INSCRIPCION PRUEBA FINAL** **ONLINE**

PERIODO : \_\_\_\_\_

|              |  |  |
|--------------|--|--|
| Nº de cédula |  |  |
|--------------|--|--|

|         |  |
|---------|--|
| Nombres |  |
|---------|--|

|           |  |
|-----------|--|
| Apellidos |  |
|-----------|--|

|                     |     |     |     |        |           |  |
|---------------------|-----|-----|-----|--------|-----------|--|
| Fecha de Nacimiento |     |     |     | Género | Femenino  |  |
|                     | Día | Mes | Año |        | Masculino |  |

|                     |  |
|---------------------|--|
| País de nacimiento. |  |
|---------------------|--|

(Si es Uruguay indique también departamento)

|           |  |
|-----------|--|
| Dirección |  |
|-----------|--|

|          |  |
|----------|--|
| Teléfono |  |
|----------|--|

|        |  |
|--------|--|
| E-mail |  |
|--------|--|

|                  |                                    |  |
|------------------|------------------------------------|--|
| Titulo de grado: | Escriba cual es su título de grado |  |
|                  | Universidad que lo expidió         |  |
|                  | Año de titulación en el grado      |  |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Año de ingreso al posgrado |  |
|----------------------------|--|

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| Especialidad de posgrado para la cual se inscribe a prueba final: |
|-------------------------------------------------------------------|

|                                                                                      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Prof/a, Dr/a,                                                                        |  |
| Titular de la Cátedra o Departamento, Unidad Docente Responsable de la Especialidad: |  |

|                         |     |     |     |
|-------------------------|-----|-----|-----|
| FECHA de la inscripción |     |     |     |
|                         | Día | Mes | Año |

**IMPORTANTE:** La tramitación de esta solicitud queda sujeta al resultado del control que realiza la Bedelía de Escuela de Graduados. Antes de enviarlo sugerimos que verifique dos asuntos: 1. Si su escolaridad está completa, 2. haber realizado el censo estadístico de UDELAR del año en curso (puede hacerlo ingresando a: <https://estudiantes.udelar.edu.uy> ). **Si su escolaridad no está completa o posee sanción por no haber completado el censo estadístico, NO SE PODRÁ DAR TRÁMITE A LA INSCRIPCIÓN.** En cambio, cuando no hay objeción para la inscripción y Bedelía verifica que se encuentra en condiciones de rendir la Prueba Final, le enviará una constancia de inscripción. Luego de rendir y aprobar la Prueba Final, para la obtención del título, deberá consultar la escolaridad. Una vez que la Prueba Final aprobada aparece en la escolaridad, podrá enviar a [bedeliaeg@hc.edu.uy](mailto:bedeliaeg@hc.edu.uy) el formulario de Solicitud de Título, junto a su documento de identidad y Título de Grado escaneados de los dos lados de forma legible, poniendo en el asunto "SOLICITUD DE TÍTULO". Solamente se podrá dar trámite a esta solicitud si en la escolaridad consta la aprobación de la Prueba Final.