



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE GRADUADOS

## FORMULARIO DE REINSERCIÓN

**ATENCIÓN !!! ENVIAR ESTE FORMULARIO EXCLUSIVAMENTE A [bedeliaeg@hc.edu.uy](mailto:bedeliaeg@hc.edu.uy)**

**JUNTO CON LA COPIA DE SU DOCUMENTO DE IDENTIDAD**

N° de C.I :

Nombres :

Apellidos :

Fecha de Nacimiento :

--	--	--

*Día*

*Mes*

*Año*

Nacionalidad :

Género :

*Femenino*

*Masculino*

*Dirección :*

*Localidad :*

*Departamento :*

*Teléfono :*

*Celular :*

*E-mail :*

*Posgrado al que se reinserta*

*Unidad Docente*

*Hospital*

*Título de Grado:*

*Expedido por :*

Nomgre de la Universidad

**NOTA:** El envío de este formulario implica poner en conocimiento a la Escuela de Graduados de su voluntad de inscripción, la cual se realizará si previamente ha completado el Formulario Estadístico (<https://estudiantes.udelar.edu.uy/>). La Bedelía de la Escuela de Graduados le enviará la constancia de inscripción