



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE GRADUADOS

FORMULARIO DE REINSERCIÓN

**ATENCIÓN !!! ENVIAR ESTE FORMULARIO EXCLUSIVAMENTE A bedeliaeg@hc.edu.uy
JUNTO CON LA COPIA DE SU DOCUMENTO DE IDENTIDAD**

N° de C.I.:

Nombres:

Apellidos:

Fecha de Nacimiento:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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