



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
Facultad de Medicina
ESCUELA DE GRADUADOS

SOLICITUD DE TÍTULO ESPECIALISTA / DIPLOMATURA

**ATENCIÓN !!! ENVIAR ESTE FORMULARIO EXCLUSIVAMENTE A bedeliaeg@hc.edu.uy
LUEGO DE HABER COMPLETADO EL CENSO DE EGRESADO (FormA-Egreso de Posgrado)**

Nº de Cédula:

Nombres:

Apellidos

F. de Nacimiento

Nacionalidad

Dirección

Teléfono

Celular

Título de Grado

Fecha

E-mail

Solicito título de
Especialista/Diplomatura en:

Clínica

Fecha egreso de Posgrado

Modo de

obtención del

Egreso por curso

Act. Documentada

Comp. Notoria

título de posgrado:

**Actuación Documentada o Competencia Notoria
si posee los datos incluir:**

Nº de Expediente

Fecha de resolución de otorgamiento

DEBE REMITIR AL CORREO DE SECCIÓN BEDELÍA: bedeliaeg@hc.edu.uy

-Este FORMULARIO completo

-C.I. vigente, escaneada de ambos lados, legible.

-TÍTULO DE GRADO escaneado de ambos lados, legible. Si su especialidad es de segunda inserción:

TÍTULO DE ESPECIALISTA necesario para la segunda graduación

-El solicitante de ser extranjero adjuntar constancia de pago.

**La tramitación de su solicitud está sujeta al resultado del control
que realiza Sección Bedelía de la Escuela de Graduados.**

Antes de enviarlo sugerimos verifique que su escolaridad esté completa.

Recibirá confirmación por email cuando el trámite quede válido