



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

<i>Modo de obtención del título:</i>							
De Oficio AD / CN	<input type="checkbox"/>	Act. Documentada	<input type="checkbox"/>	Comp. Notoria	<input type="checkbox"/>	Convalidacion (Reconocimiento)	<input type="checkbox"/>

<i>Actuación Documentada / Competencia Notoria / Convalidacion (Reconocimiento)</i> si posee los datos incluir:	
N° de Expediente	_____
Fecha de resolución de otorgamiento	_____

N° de Cédula:	<input type="text"/>			
Nombres:	<input type="text"/>			
Apellidos	<input type="text"/>			
F. de Nacimiento	<input type="text" value="/"/>	<input type="text" value="/"/>	Nacionalidad	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>			
Teléfono	<input type="text"/>	Celular	<input type="text"/>	
Título de Grado	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text" value="/"/>	<input type="text" value="/"/>
E-mail	<input type="text"/>			
Solicito título de	_____			
Especialista	_____			
Diplomatura en:	_____			

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

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

Recibirá confirmación por email cuando el trámite quede válido