

I- Maestrandos Regularización/ reconocimiento de actividades

Nombre:
Fecha de ingreso al programa:

Título de la Maestría

Tutor/ tutores:

Fecha de la presentación de actividades:

Además de adjuntar los todos los certificados/ comprobantes correspondientes. Completar la siguiente planilla

Tipo de Actividad	Fecha	Duración de la actividad	Lugar	Tipo de evaluación	Criterio de aprobación
Cursos					
Nombre del curso					

PRO.IN.BIO Escuela de Graduados Facultad de Medicina



Publicaciones según normas de Vancouver :					

Exposiciones en congreso, presentación de posters, seminarios, adelan-	_	Evento : Nombre del Congreso/ Lugar del seminario/ Lugar de la presentación del avance,			
tos de tesis	Fecha	otros	Lugar	Autores	
Titulo					

PRO.IN.BIO Escuela de Graduados Facultad de Medicina



Pasantías	Fecha	Lugar / Servicio donde se realizo	Duración total	Horario y actividades realizadas	Opinión del tutor de la tesis en cuanto a la pertinencia
Titulo					

Concursos de Oposición grado I y II	Fecha	N° expediente	Resolución consejo

Semestres de posgrados aprobado	Fecha
Nombre del semestre.	