

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE PARTERAS



CERTIFICADO DE PRESENTACIÓN A EXAMEN

Nombre y Apellido			
Cédula de Identidad		Salón	
Materia		Fecha de examen:	
Destino			
Fecha de Cons	stancia: /	/	
	-		_
		Sello y firma del Docente	