



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Medicina

**FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES**

PROGRAMA DE INTERCAMBIO

INSTITUCIÓN DE ORIGEN:

LICENCIATURA Y ESPECIALIDAD DEL INTERCAMBIO:

DATOS DEL ESTUDIANTE		
Apellidos:	Nombre:	
Sexo:	Nacionalidad:	Fecha de nacimiento(d/m/a):
Nº DNI o pasaporte:		
Dirección permanente:		
Tfno. (internacional+código provincial+tfno):		
Dirección de e-mail:		

DETALLES DEL PROGRAMA DE ESTUDIOS EN LA FACULTAD DE MEDICINA - UBA

Nombre del curso (según el plan de estudios)	Semestre / fecha que desea cursar

Firma del estudiante:

Esta sección debe ser completada por el Decano o autoridad correspondiente de la Facultad en donde el alumno este inscripto-

El / la estudiante:

- 1- Estará exento del pago en la Facultad de Medicina UBA
*(solo en caso de convenio firmado entre ambas Instituciones)
- 2- Una evaluación final necesaria al término de la rotación
- 3- El alumno habla y escribe en castellano de manera fluida

SI*	NO
SI	NO
SI	NO

_____ SELLO DE LA UNIVERSIDAD

Título de la autoridad_____ firma_____ fecha