



Solicitud de REVÁLIDA INTERNA - FORMULARIO MP

Entre Carreras de Grado

Expediente N°

Montevideo, de de 20 .-

Sra. Directora

Departamento de Enseñanza

Quien suscribe, _____, C.I. _____, solicita la reválida de la Carrera _____ a la Carrera _____

PARA CADA CARRERA COMPLETE CON UNA CRUZ SI ES ESTUDIANTE O EGRESADO

	OBSTETRA PARTERA	DOCTOR EN MEDICINA
ESTUDIANTE		
EGRESADO		

DOCUMENTOS SOLICITADOS PARA CADA CASO (los mismos los gestiona la misma bedelia internamente)

	CARRERA	ESTUDIANTE	EGRESADO
ESCOLARIDAD CON PROGRAMAS (REVÁLIDA)			
ESCOLARIDAD SIMPLE PARA REVÁLIDA AUTOMÁTICA (sea de AT o Egresados de Parteras)			

Solo cuando la Carrera Destino es Doctor en Medicina: Luego de la Resolución de mi reválida solicito se me otorguen los créditos que correspondan en materias optativas y/o electivas por las materias no revalidadas

Acepto como procedimiento de notificación válido la comunicación por escrito a la dirección de correo electrónico que figura a continuación:

Mail de contacto:

Nombres y Apellidos:

Domicilio:

Celular:

FIRMA DEL ESTUDIANTE