



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA

Facultad de Medicina

Departamento de Bedelía

## Reválida

# Solicitud de Escolaridad con Programas

**PARA PRESENTAR DENTRO DE LA REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY**

DÍA	MES	AÑO

Solicito a usted expida a mi nombre, Certificado de Estudios y Programas de la Carrera \_\_\_\_\_ para ser presentado en País/Ciudad/Instituto \_\_\_\_\_

**LLENAR EN LETRA IMPRENTA**

NOMBRES Y APELLIDOS		
C.I.	FECHA NAC.	CORREO ELECTRÓNICO
DOMICILIO		CELULAR/TEL FIJO

Avance de la carrera: (marcar con cruz)			
ESTUDIANTE:		Gen.de Ingreso	
EGRESADO:		Año de Egreso	

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Aclaración de Firma

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Funcionario

\_\_\_\_\_  
Fecha Recibido

HECHO (FECHA):		FUNCIONARIO:	
Fecha Notificación por mail:		ADJUNTAR MAIL	
RETIRO: Fecha/Firma			

**IMPORTANTE:**

PARA RETIRAR LA REVÁLIDA DEBERÁ SOLICITAR HORA POR AGENDA WEB EN: Trámites, Reválidas y Acreditaciones Y PRESENTARSE CON CÉDULA DE IDENTIDAD. Plazo máximo para el Retiro de la misma 30 días Calendario a partir de la Notificación vía mail, pasado este plazo la documentación será destruída y el interesado no podrá volver a solicitarla por un plazo de 6 meses.