



Día	Mes	año

Exp.

TRÁMITE DE REVÁLIDAS

(de materias aprobadas en facultades, Institutos, Escuelas y Otros)

Quien suscribe

(Apellidos y Nombres completos),

estudiante de la Carrera **LABORATORIO CLÍNICO** – Sede..... Generación.....

Cédula de Identidad:..... solicita se le revalide las siguientes materias por haberlas aprobado en la Carrera de:.....Plan:.....

		Detalle de materias	Marque con una cruz	Indique n° de página/s donde encontrar la información en la documentación presentada	
1er año	ESFUNO	Anatomía			
		Biología celular y Tisular			
		Neurobiología			
		Cardio vascular y respiratorio			
		Digestivo, renal y endocrino			
		Reproductor y desarrollo			
			Introducción al Laboratorio Clínico		
			Psicología I		
			Metodología Científica		
			Enfermería		
			Salud Pública		
		Deontología y Legislación Laboral			
		Administración Hospitalaria			
2do año		Bioquímica clínica			
		Práctico medio interno y funcionalidad renal			
		Práctico funcional hepático y enzimología			
		Práctico proteínas, glúcidos y lípidos			
		Prácticos extracción de sangre			
		Hematología (teórico)			
		Hematología (práctico)			
3er año		Microbiología A (bacteriología y virología)			
		Práctico de Microbiología A (bacteriología y virología)			
		Microbiología B (parasitología)			
		Práctico de Microbiología B (parasitología)			
		Inmunología			
4	†	Práctico de Inmunología			



Internado		
Monografía		

Datos del estudiante:

Correo electrónico.....

Nro. de celular o teléfono.....

Firma del estudiante.....