



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 **PSICOMOTRICIDAD** – 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	
		Profundización	
	Psicología I		
	Metodología Científica		
	Enfermería		
	Salud pública		
Introducción a la Psicomotricidad			
2do año	Desarrollo Psicomotor		
	Psicomotricidad I		
	Psicología II		
	Pedagogía		
3er año	Neuropediatría		
	Psicomotricidad II		
	Psicología III		
	Psiquiatría Infantil		
4to año	Psicomotricidad III		
	Clínicas de Lactantes		
	Psicología IV		
	Deontología y legislación laboral		
	Administración hospitalaria		
	Monografía		

Datos del estudiante:

Correo electrónico.....

Nro. celular o teléfono.....

Firma del estudiante.....