



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 **HEMOTERAPIA** – 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		
		Psicología I		
		Metodología Científica		
		Enfermería		
		Salud Pública		
		Inmunología y Genética		
2do año		Microbiología		
		Hematología		
		Hemoterapia I		
		Hemoterapia II		
		Fisiopatología		
		Farmacología		
		Deontología y legislación laboral		
		Administración Hospitalaria		
3er año		Hemoterapia III		
		Hemoterapia IV		

Datos del estudiante:

Correo electrónico.....

Nro. de celular o teléfono.....

Firma del estudiante.....