



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 **Instrumentación Quirúrgica** – 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 <i>Anatomía</i>			
		<i>Biología celular y Tisular</i>		
		<i>Neurobiología</i>		
		<i>Cardio vascular y respiratorio</i>		
		<i>Digestivo, renal y endocrino</i>		
		<i>Reproductor y desarrollo</i>		
		Introducción al Área Quirúrgica		
		Psicología I		
		Salud Pública		
		Metodología Científica		
	Microbiología			
2do año		Práctica de Instrumentación I		
		Anestesiología y Servicios Auxiliares		
		Instrumental I y II		
		Fisiopatología		
		Patología Quirúrgica		
		Práctica de Instrumentación II		
3er año		Deontología y legislación laboral		
		Práctica de Instrumentación III		
		Técnicas Generales de cirugía		
		Administración en Block Quirúrgico		
		Economato		
		Bioseguridad		
		Administración hospitalaria		
4		Práctica de Instrumentación IV		



	Técnicas especiales de cirugía		
	Internado		
	Monografía		

Datos del estudiante:

Correo electrónico.....

Nro. de celular o teléfono.....

Firma del estudiante.....