



DÍA	MES	AÑO

EXP.: .....

**TRÁMITE DE REVÁLIDAS**

(de materias aprobadas en Facultades, Institutos, Escuela y Otros)

Quien suscribe .....titular de C.I.: .....  
(Apellidos y nombres completos)

estudiante de la **CARRERA OBSTETRA PARTERA** - Generación .....

Solicita se revalide la/las siguiente/s materia/s por haberlas aprobado en la Carrera de:

..... Plan .....

		Detalle de Materias	Marque con una cruz	indique N.º de página/s donde encontrar la información en la documentación presentada
1 e r  A Ñ O	E S F U N O	Anatomía		
		Biología Celular y Tisular		
		Neurobiología		
		Cardiovascular y Respiratorio		
		Digestivo Renal y Endócrino		
		Reproductor y Desarrollo		
		Profundización		
	Enfermería General y Perinatal			
	Medicina Preventiva y Social I			
	Obstetricia en Comunidad I			
	Psicología			
Sociología				
2 d o  A Ñ O	Clínica Obstétrica I			
	Fisiología Obstétrica			
	Fisiopatología General			
	Inglés 2do			
	Medicina Preventiva y Social II			
	Microbiología			
	Nutrición			
	Obstetricia en Comunidad II			
	Preparación para el Parto I			
	Psicología Médica Perinatal			
	Puericultura y Perinatología I			
Sexología I				



<b>3 e r  A Ñ O</b>	Clínica Obstétrica II		
	Farmacología		
	Medicina Preventiva y Social II		
	Obstetricia en Comunidad II		
	Patología Obstétrica y Ginecología		
	Preparación para el Parto II		
	Puericultura y Perinatología II		
	Sexología II		
<b>4 o  A Ñ O</b>	Administración y Organización		
	Educación para la Salud		
	Internado Obligatorio		
	Medicina Legal		
	Trabajo Final		

DATOS DEL ESTUDIANTE:

Correo Electrónico .....

N.º de celular o teléfono .....

Firma del Estudiante .....