Buenos Aires, ……… de ………………………… de 20……

**SR. DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA**

**DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES**

**PROF. DR. RICARDO J. GELPI**

**S / D:**

 Tengo el agrado de dirigirme a usted a efectos de solicitar la actualización del DNI, a efectos de proseguir con el trámite de expedición del título.

 A continuación se adjunta la siguiente documentación:

* DNI anterior
* DNI actual

**FIRMA:**

**ACLARACION:**

**DNI:**

**TEL:**

**MAIL:**

**(La presente solicitud deberá contar con el visto bueno de la Dirección de Carreras de Especialista)**