**UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**SEÑOR DECANO**

**PROF. DR. RICARDO GELPI**

**Ref: PREINSCRIPCION A LA CARRERA DE DOCTORADO – EMERGENCIA SANITARIA COVID – 19 (SECRETARIA DE CIENCIA Y TECNICA )**

**Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 14 de septiembre de 2020**

 Tengo el agrado de dirigirme a Usted con el objeto de solicitarle la correspondiente autorización para iniciar los trámites de preinscripción a la Carreara de Doctorado a fin de a la obtención del título académico de **DOCTOR DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES** de acuerdo con lo estipulado en el contexto de las “ASPO”, y en forma conjunta a lo establecido en su reglamentación dispuesto en la Resolución (CS) Nº 6944/13.-

APELLIDOS:

NOMBRES:

DNI:

NACIONALIDAD:

TITULO DE GRADO:

TITULO DE LA TESIS:

AREA: (indicar únicamente la que corresponde)

* + 1. MEDICINA CLÍNICA
		2. MEDICINA QUIRÚRGICA
		3. CIENCIAS MÉDICAS BÁSICAS
		4. CIENCIAS ÉTICAS HUMANÍSTICAS Y SOCIALES MÉDICAS
		5. DISCIPLINAS DE CIENCIAS DE LA SALUD

LUGAR DONDE SE REALIZARÁ:

DIRECTOR/A APELLIDO y NOMBRE:

DIRECTOR/A ADJUNTO/A APELLIDO y NOMBRE:

**Adjunto el formulario de preinscripción a la carrera de doctorado.**

**Asimismo, declaro conocer la reglamentación de la Carrera de Doctorado aprobada por Resolución (CS) Nº 6944/13 y el Reglamento Interno de la Carrera aprobado por Resolución (CD) Nº 2449/12, y lo dispuesto por el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina en cuanto a la preinscripción por el “ASPO”, tomando conocimiento que luego de la misma deberé presentar toda la documentación expresada en la reglamentación vigente, y los pagos arancelarios correspondientes, de lo contrario esta solicitud será desestimada.**

**FIRMA:.......................................**