

---

*Departamento de Histología, Embriología, Biología Molecular y Genética.*

*Unidad Académica de Histología.*

*Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires*

---

Por la presente se certifica que el/la alumno/a.....,

D.N.I N° ....., estudiante de la carrera de Medicina, ha  
rendido el examen Parcial / Final / Recuperatorio / Oral complementario de la materia  
Histología en el día de la fecha.

Se extiende el presente certificado a pedido del/la interesado/a para ser presentado ante  
quien corresponda, en la ciudad de Buenos Aires a los ..... días del mes de  
..... de 2025.-----

---

Firma y Sello.



**UBA**  
1821 Universidad  
de Buenos Aires

Paraguay 2155  
Capital Federal. Argentina  
[www.fmed.uba.ar](http://www.fmed.uba.ar)



**FORMANDO FUTURO**