|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FACULTAD DE MEDICINA – UBA**  Solicitud para Comisión de Readmisión | | | | | | | | | |
| Carrera:  Año de Ingreso: | | | | | Fecha de Solicitud: | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 1- Datos del Estudiante | | | | | | | | | |
| Apellido y Nombre | | | | Edad | | | | | Fecha de Nacimiento |
| Dirección | | | | L.U. Nº: | | | | | |
| E-mail: | | | | Teléfonos: | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 2- Situación Académica | | | | | | | | | |
| Situación de Materias | | Cantidad | | | | |  | | |
| Materias Aprobadas | |  | | | | |
| Materias Regulares (sin final) | |  | | | | |
| Aplazos en finales | |  | | | | |
| Situación de Materias | | Nombre | | | | | Fecha | | |
| Últimas 2(dos) Materias Aprobadas | |  | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
| Último Final Rendido | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | |
| 3- Trámite Solicitado | | | | | | | | | |
| Trámite | | | Cantidad de veces que solicitó este trámite | | | | | | |
| 1. Reincorporación como alumno regular | | |  | | | | | | |
| 2. Reincorporación por exceso de aplazos | | |  | | | | | | |
| 3. Licencia Académica | | |  | | | | | | |
| Trámite | | Materia | | | | | Año de Regularidad | | |
| 4. Prorroga | |  | | | | |  | | |
| 5. 3era / 4ta o mas Cursada | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | |
| 4- Motivo de la Solicitud | | | | | | | | | |
| Motivo (marque con una X) | | | | | | | | Presenta Certificado (si/no) | |
|  | Enfermedad/ discapacidad | | | | | | |  | |
|  | Prosecución de otros estudios | | | | | | |  | |
|  | En comisión u otros estudios por más de cuatro meses | | | | | | |  | |
|  | Ausencia por traslado de familiar, designación propia, del ascendiente o cónyuge. En misión diplomática. Traslado laboral. Tareas de investigación científica u otras similares, en el exterior o interior del país. | | | | | | |  | |
|  | Embarazo | | | | | | |  | |
|  | Pase de carrera o facultad | | | | | | |  | |
|  | Razones laborales (por ej. Sostén de familia) | | | | | | |  | |
|  | Enfermedad de familiar a cargo y directo (hijo, padre, cónyuge) | | | | | | |  | |
|  | Fallecimiento de familiar directo | | | | | | |  | |
|  | Otros (agregar) | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |
| IMPORTANTE:  Escriba con letra manuscrita la descripción del motivo de la presente solicitud (al reverso de la hoja)  Excluyente: presentar documentación y/o certificación que avale.- | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| ¿El Alumno está Regular en la Carrera? SI - NO | | | | | | Firma: | | | |