



Universidad de Buenos Aires



Facultad de Medicina

COMPROBANTE DE INSCRIPCION EXAMEN DEL IAR

DECLARACION JURADA

CARRERA: MEDICINA - IAR

Apellido y Nombre:

Libreta:.....

Calle:..... **Altura:**.....**Piso:**..... **Dto:**.....

Provincia:..... **Localidad:**.....

Teléfono y/o celular:.....

E-mail:.....

Fecha de Examen:.....

Por medio de la presente y bajo declaración Jurada, dejo constancia que rendí las siguientes materias:

-Materia:..... el día..... con nota.....

Hospital:..... **Docente:**.....

Y cuento con los 37 finales aprobados de la carrera de Medicina, para poder rendir el Examen Integrado del Ciclo Clínico (IAR).

FIRMA:

ACLARACION: