



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.....

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

Hospital..... Docente.....

**-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:**