

Buenos Aires, ..... de ..... de 20.....

**SR. DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA  
DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES  
PROF. DR. RICARDO J. GELPI**

**S / D:**

Tengo el agrado de dirigirme a usted a efectos de solicitar la reincorporación a la Carrera de Médico Especialista en....., por los motivos que a continuación se detallan:.....

Habiendo ingresado a la misma, con N° de expediente ....., ciclo lectivo .....

Asimismo informo que se encuentran presentadas las actas de examen correspondientes a las asignaturas aprobadas.

A continuación se adjunta la siguiente documentación:

- Nota del Director de la Carrera de Especialista avalando la reincorporación solicitada.

**FIRMA :**

**ACLARACION :**

**DNI :**

**TEL :**

**MAIL :**

(La presente solicitud deberá contar con el visto bueno de la Dirección de Carreras de Especialista)