SANTA FE, 6 de mayo de 2023

Sra. Decana de la

Facultad de Ciencias Médicas

**Méd. Matías Candioti Busaniche**

Tengo el agrado de dirigirme a usted y por su intermedio a quien corresponda a los fines de solicitarle homologación del curso de articulación disciplinar **CIENCIAS MEDICAS**, con los contenidos de las asignaturas……… de la carrera de **(NOMBRE DE LA CARRERA)**, cursados y aprobados en (**NOMBRE DE LA INSTITUCION)**, cuya documentación adjunto.

Sin más la saluda atentamente.

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aclaración \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_