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 **(NOMBRE DEL CURSO)** con carga horaria de **(Nº)** horas, que ha sido organizado por **(INSTITUCION ORGANIZADORA)** por una asignatura **OPTATIVA** de la carrera de **MEDICINA /LICENCIATURA EN OBSTETRICIA**, cuya documentación adjunto debidamente certificada.

Sin mas la saluda atentamente.

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

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

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

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