



*Ministerio de Educación
Universidad Tecnológica Nacional
Mar del Plata*

Plata.....

Mar del

NOTA

Sr. Decano de la
Facultad Regional
Ing.
S _____ / _____ D.

Ref.:.....

De mi consideración:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Firma

(1) Indicar claramente el objeto del pedido (reincorporación, equivalencia, ingreso, cambio de especialidad, etc.)

APELLIDO Y NOMBRE:.....

LEGAJO N°.....ESPECIALIDAD:.....

C.I.N°.....L.E.N°.....D.N.I.N°.....

DOMICILIO:.....LOCALIDAD:.....

TELÉFONO:.....E-MAIL:.....