

Corrientes, ………..de……………………….de 201…..

**Al Sr. Decano de la Facultad de Medicina**

**Prof. Gerardo Omar Larroza**

**S­\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_D**

Me dirijo a Ud. a fin el solicitar el Certificado Analítico de la **CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN SALUD SOCIAL Y COMUNITARIA,** Nombre y Apellido: …………………………………………………………………….,DNI/Cédula:………………………………, Nacionalidad:……………………., perteneciente a la **………Cohorte**, curse en la Ciudad de …………………………, Título de Grado:……………………………………. perteneciente a la siguiente Instuitución: ………………………………………Celular :……………………..... Email: ………………………………………………………………..

 …………………………………………………………………………………

 **FIRMA Y ACLARACION**