CORRIENTES,………………………………..

Al señor Decano de la

Facultad de Medicina de la

Universidad Nacional del Nordeste

**Prof. MARIO GERMÁN PAGNO**

S U D E S P A C H O

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., con el objeto de solicitarle la entrega de la documentación que se detalla a continuación, para realizar la reválida/homologación de mi Título de Grado:

CERTIFICACIÓN ACREDITATIVA DEL TÍTULO, con copia del Título

CERTIFICACIÓN DE LOS PROGRAMAS

CERTIFICADO ANALÍTICO, donde conste el Promedio Histórico y Académico

PLAN DE ESTUDIO DE LA CARRERA

**DEBE ADJUNTAR COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD**

Firma:……………………………………………………………………

Aclaración de Firma:…………………………………………………

D.N.I. Nº:………………………………………………………………..

Carrera:…………………………………………………………………

Título:……………………………………………………………………

Mail:…………………………………..

**ARANCEL MODIFICADO POR RESOLUCIÓN RES - 2024 - 16 - D-MED # UNNE- , CON VIGENCIA DESDE EL 01 DE MARZO DE 2024.**