



**Facultad de
Ciencias Médicas**



UNSE
Universidad Nacional
de Santiago del Estero

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Resolución N°: CIENTO NOVENTA Y CINCO

“2019-Año de la Exportación”

RESOLUCIÓN FCM N°: **195**

Anexo II FORMULARIO DE SOLICITUD DE REVÁLIDA DE REGULARIDAD

Santiago del Estero,/..../....

A Departamento Alumnos

Su Despacho

El/la que suscribe,, DNI N°....., Legajo N°....., alumno/a de la Carrera de....., Plan de Estudios....., solicita por su intermedio a quien corresponda reválida de regularidad de espacio curricular.....

Saluda a Ud. atentamente.-

.....
Firma del/de la Estudiante

Santiago del Estero,/..../....

Al Responsable del Equipo Docente del Espacio Curricular

Su Despacho

Se informa a Ud. que el/la alumno/a, Legajo N°....., es alumno regular de la Carrera, perdió la condición de regular en el espacio curricular..... el/..../....., por el siguiente motivo.....

Atentamente.-

.....
Firma y Sello de Departamento Alumnos

Santiago del Estero,/..../....

Al Secretario Académico de la Facultad de Ciencias Médicas

Su Despacho

Se informa a Ud. que el/la alumno/a, Legajo N°....., (Si/No) ha cumplido con las condiciones para el otorgamiento de la reválida de regularidad del espacio curricular....., salvo mejor criterio de la autoridad superior.

Atentamente.-

.....
Firma y Aclaración del Responsable

Santiago del Estero,/..../....

A Departamento Alumnos

Se informa a Ud. que considerando lo establecido en el REGLAMENTO GENERAL DE ALUMNOS y Resolución FCM N° .../....., (Si/No) se otorga la reválida del espacio curricular..... de la Carrera de, al/a la alumno/a DNI N°....., Legajo N°.....

Atentamente.-

.....
Firma y Aclaración de la Secretaria Académica