



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
Facultad de Medicina
ESCUELA DE PARTERAS



Fecha de solicitud de trámite de título: _____ de _____ de _____

REGISTRO DE TITULO N°. _____ a folio N°. _____

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS:

FECHA DE INGRESO: _____

FECHA DE EGRESO (Internado): _____ **CALIFICACIÓN:** _____

FECHA TRABAJO FINAL: _____ **CALIFICACIÓN:** _____

JURAMENTO A LA BANDERA EL DÍA: _____ **LICEO:** _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____ **DEPARTAMENTO:** _____

CREDENCIAL CIVICA : **SERIE:** _____ **NUMERO:** _____

NACIONALIDAD: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

DOMICILIO: _____

TELEFONO Y O CELULAR: _____

E-MAIL: _____

Firma del solicitante del trámite: _____

Aclaración de Firma: _____