**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

CARRERA DE POSGRADO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA LEGAL

**Sede**: Edificio de Medicina Legal (Suipacha, 697 – Rosario)

**Ficha de presentación:**

Apellido y Nombres: ……………………………………………………………..

D.N.I.: ………………………………………………..

Fecha de nacimiento: ………………………………

Domicilio: …………………………………………….

Teléfono: …………………………… Celular: …………………………………

Correo Electrónico: ………………………………………………………………

Localidad: ……………………………………………

Provincia: …………………………. C.P.: …………………

Graduado en la Facultad de Cs. Médicas de: ………………………………..

Fecha de Graduación: …………………………….

Especialidad/es: ………………………………………………………………….

Doctorado: NO - SI, en: …………………………………………………………

Lugar/es de Trabajo: …………………………………………………………….

Por la presente admito conocer el Reglamento de la Carrera de Posgrado de Especialización en Medicina Legal y las exigencias de la misma, de la cual doy conformidad

…………………………………………..

FIRMA