

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
 FACULTAD DE MEDICINA
 ESCUELA DE MEDICINA

PLANILLA CD002- SOLICITUD DE TRASLADOS

Apellidos		Nombres	
C. I.	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento:	
Carrera:		Año a cursar	
Traslado de la extensión geográfica de:		Para la extensión geográfica	
ha sido trasladado anteriormente: SI		NO	
A cuál extensión:		Año de Traslado:	
Justificación: (explique brevemente las razones que justifican su solicitud)			
Fecha		Correo Electrónico	

Anexo a la presente el interesado debe consignar los siguientes recaudos:

Fotocopia de la cedula de identidad.

Fotocopias de notas (récord académico emitidas por ORE-MEDICINA).

Carta motivo dirigida al Prof. Yorman Paredes Márquez / Coordinador Docente.

Planilla CD002 - Solicitud de Traslado

Cualquier otra comunicación o documento que considere y justifique su solicitud.

Constancia de residencia

NOTA: Todos los documentos son obligatorios, evite que su proceso sea negado

NOTA: La recepción de la Planilla de Solicitud de Traslado por parte de la Coordinación Docente de la Facultad de Medicina- ULA, No implica la Aprobación de su Solicitud.

SOLO PARA USO INTERNO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Recibido por:	Recibido en fecha:
Proposición del coordinador:	
Fecha revisión:	Firma del Coordinador:
Observaciones	