



UNIVERSIDAD NACIONAL
"SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO"

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



SOLICITO:

SEÑOR(A) DECANO(A) DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
"SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO".

Yo _____ Identificado con DNI N° _____
Alumno(a) de la Escuela Profesional de _____
Con Código Universitario N° _____ ; ante Ud. Con el debido respeto me presento y digo: Que;

Solicito se sirva:

POR TANTO: Es gracia que espero alcanzar por ser de justicia.

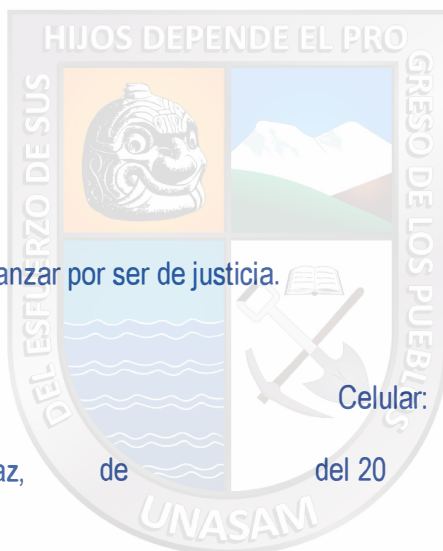
DATOS DE ALUMNO; Dirección exacta

E-mail:

Huaraz,

de

del 20



Celular:

FIRMA

ADJUNTO:

- | | |
|----|-----|
| 1. | 8. |
| 2. | 9. |
| 3. | 10. |
| 4. | 11. |
| 5. | 12. |
| 6. | 13. |
| 7. | 14. |

CARGO DEL INTERESADO (A)

APELLIDOS Y NOMBRES:

SOLICITO:

Huaraz, de del 20