



Universidad Nacional del Comahue



Facultad de Ciencias Médicas

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Conste que el díade.....de.....el/la alumno/a

.....DNI.....Legajo N°.....

Rindió examen FINAL/PARCIAL en la asignatura.....

Se extiende la presente en Cipolletti, (RN) para ser presentada ante quien corresponda.
