



Dirección de Títulos y Diplomas

Formulario Único de Solicitud de Título
(Exclusivo para la Carrera de Medicina)

Datos Personales

Tipo Documento:		Número:	
Apellidos:			
Nombres:			
Nacionalidad:		Fecha de Nacimiento:	
Lugar de nacimiento	País	Provincia	Localidad
TE:		E-mail:	

Domicilio legal (como figura en el DNI)

Calle:	Numero:
Localidad:	
Provincia:	

Datos Académicos

Unidad Académica: FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS		
Carrera: MEDICINA		
Título: MÉDICO / MÉDICA (tachar lo que no corresponda)		
Tramitar matrícula nacional (marque con una X):	☐ SÍ, solicito el trámite	☐ NO, no deseo tramitarla

Declaro bajo juramento la veracidad de los datos consignados en el presente formulario. Asimismo, **en caso de haber marcado 'SÍ' en la opción de trámite de matrícula**, presto mi expreso y libre consentimiento para que la Universidad Nacional del Comahue gestione mi Matrícula Profesional Nacional ante el Ministerio de Salud de la Nación (conforme RM N° 674/2026), de forma conjunta con la expedición de mi título y certificado analítico.

Firma del Estudiante

Lugar y Fecha: _____, ____ de _____ de 20____
