



Universidad de Buenos Aires



Facultad de Medicina

Buenos Aires,

Se deja constancia que la Sr./a -----

D.N.I..... se encuentra cursando la carrera de -----, y
cumple con el requisito establecido en el Art. 319 - Anexo reglamentario de Becas
RESCS-2021-575-E-UBA-REC, por el cual se llama a concurso para la asignación de
“Becas Estímulo”, y que han aprobado las asignaturas correspondientes a los años
comprendidos entre el 50% y el 90% de la duración de la carrera.

Firma
Dirección de Alumnos
Facultad de Medicina - UBA

Aclaración