



**SOLICITUD DE REVALIDA DE MATERIAS DE FACULTAD O INSTITUTO**

Ciudad	DÍA	MES	AÑO

NOMBRES		APELLIDOS	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD URUGUAYO		CORREO ELECTRÓNICO	
DOMICILIO		CELULAR/TELÉFONO	

DESDE QUE INSTITUCIÓN
CARRERA

PARA SER REVALIDADOS EN LA CARRERA DE:			
(Marque con una cruz según la carrera)			
Licenciado en Enfermería		Curso de Auxiliar de Enfermería	

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Aclaración de Firma del solicitante