



CENUR
Litoral Norte



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Solicitud de traslado de Sede

Fecha: _____

Quien suscribe: _____ C.I: _____, solicita

iniciar tramite de traslado de sede al departamento de _____ para cursar el ____ Año

completo, SI NO (marcar lo que corresponda), de la carrera: _____

Generación: _____.

Asignaturas: (en caso que corresponda) Para estudiantes de Medicina, además indicar el turno

Motivo: _____

Datos del solicitante:

Teléfono/celular _____ Correo electrónico _____

Firma y aclaración _____

Documentación adjunta:

- Constancia Laboral BPS
- Constancia Médica
- Constancia de Domicilio
- Fotocopia de C.I: