



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: