



Universidad de Buenos Aires



Facultad de Odontología  
Hospital Odontológico Universitario

PROPUESTA DE PERSONAL DOCENTE AUXILIAR  
RENTADO

DEPENDENCIA:.....

APELLIDO Y NOMBRES	Doc. de Ident.(DNI)	Dr./a. Od. Lic. Sr./a.	JTP Ay. 1° Ay. 2°	Propuesto a partir del

Buenos Aires,

.....  
Firma y Sello Profesor Titular