



Universidad de Buenos Aires



Facultad de Odontología
Hospital Odontológico Universitario

Buenos Aires, _____ de _____ de 20 ____.-

A LA SEÑORA DIRECTORA
DE PERSONAL Y LIQUIDACIÓN DE HABERES
Sra. Mariel B. BASILICO
S./D.

Me dirijo a usted con el objeto de comunicarle que

Legajo

D.N.I. se reintegrará a sus funciones a partir del / /

en su cargo de

de la Cátedra de

Sin otro particular, saludo a usted atentamente.

Firma del Interesado/a:

Firma Profesor Titular

Aclaración:

Aclaración (Sello):