



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 N°

D.N.I. N°..... 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): .....