



MISIÓN: Formar profesionales médicos, capacitados para el manejo científico, técnico y humanista de la salud, comprometidos con valores éticos, responsabilidad social y voluntad permanente de superación, a través de la docencia, la investigación, la extensión y el servicio a la comunidad.

Presidente Franco,

de 202

CARTA COMPROMISO DE ACTIVIDAD DOCENTE

Doctor Héctor Arnella Spatuzza

Decano

Facultad de Ciencias Médicas

De mi consideración.

Me dirijo a usted, y por su intermedio a quien corresponda, a los efectos de manifestar mi conformidad y compromiso para formar parte del plantel docente de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas.

Además, manifiesto conocer y me comprometo a cumplir la normativa vigente, y en especial el Reglamento Docente de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas.

Con mis atentos saludos.

Firma: _____

Aclaración:

Documento de identidad:

Adjunto: Copia del documento de identidad, registro profesional, título de grado registrado en el MEC, título de postgrado registrado en el MEC.