Córdoba, Argentina de de 20

Por la presente……………………………………………………………………….. (nombre y apellido)

.......................................... (Tipo y Número de Documento de Identidad) de nacionalidad .................................., dejo constancia que he sido notificado de los procedimientos actuales para regularizar mi situación migratoria, de los requisitos y condiciones de ingreso a las carreras de Pregrado y Grado de la Universidad Nacional de Córdoba y que el no cumplimiento de los mismos, motivará la suspensión de mi actuación académica en la carrera de MEDICINA, no teniendo derecho a posteriores reclamos a dicha Unidad Académica ni a la Universidad Nacional de Córdoba.

FIRMA