

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**Resolución N°: CIENTO OCHENTA Y CUATRO**

Santiago del Estero, 22 de agosto de 2025

**RESOLUCIÓN FCM N°: 184/2025**

**ANEXO**

**Formulario de solicitud de extensión de la regularidad**

Santiago del Estero, ...../...../.....

Al Departamento alumnos de la FCM-UNSE

S/D

El/la que suscribe, .....,

DNI N° ....., legajo N° ....., alumno/a de la carrera de MEDICINA, plan de estudios 2014, solicita por su intermedio a quien corresponda, reválida de regularidad del espacio curricular ....., conociendo la normativa vigente.

.....

Firma del/la estudiante

Santiago del Estero, ...../...../.....

Departamento alumnos informa:

El/la alumno/a, ....., legajo N° ....., alumno/a de la carrera de MEDICINA, plan de estudios 2014, perdió la condición de regular en el espacio curricular ....., el ...../...../....., por el siguiente motivo .....

La cátedra exige examen SI / NO

El/la estudiante aprobó el examen SI / NO

Nueva fecha de vencimiento: ...../...../.....

.....  
Firma Dpto. Alumnos

.....  
Firma Docente Responsable