

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CONSTANCIA DE HORARIOS



NOMBRE: _____ FIRMA _____

CARGOS:

1	DENOMINACION	CATEDRA / SERVICIO	HS.SEMANALES	HORARIO

DIRECTOR

FIRMA Y ACLARACION

2	DENOMINACION	CATEDRA / SERVICIO	HS.SEMANALES	HORARIO

DIRECTOR

FIRMA Y ACLARACION

3	DENOMINACION	CATEDRA / SERVICIO	HS.SEMANALES	HORARIO

DIRECTOR

FIRMA Y ACLARACION

4	DENOMINACION	CATEDRA / SERVICIO	HS.SEMANALES	HORARIO

DIRECTOR

FIRMA Y ACLARACION

5	DENOMINACION	CATEDRA / SERVICIO	HS.SEMANALES	HORARIO

DIRECTOR

FIRMA Y ACLARACION