



Buenos Aires, _____

Al Decano de la

Facultad de Farmacia y Bioquímica

Dr. Pablo A. EVELSON

S/D

Tengo el agrado de dirigirme a usted a fin de solicitarle acepte mi renuncia a partir del
_____ en un cargo de _____
en la Cátedra de _____ del Departamento de
_____.

Saludo atentamente,

Firma: _____

Legajo _____

DNI: _____



Viamonte 444
Capital Federal, Argentina
Tel.: (054 11) 5285-5000
www.uba.ar