******

 C.A.B.A. **-FECHA-**

**Universidad de Buenos Aires**

**Facultad de Farmacia y Bioquímica**

**Secretaría de Postgrado**

**Comisión Carrera Docente**

 Por la presente solicito tenga a bien considerar al curso **-nombre del curso-** dictado por **-lugar o cátedra o institución-** y aprobado el **-fecha-** como equivalente al Taller Optativo del Trayecto no estructurado (carga horaria: 18 hs) de la Carrera Docente.

Presento adjunto el certificado de aprobación de dicho curso.

Sin otro particular, saluda a ustedes atentamente.

**-FIRMA-**

**-DNI-**

**-AÑO DE INGRESO A LA CARRERA-**