|  |  |
| --- | --- |
| **Formulario Alumno**  **Programa de Iniciación a la Investigación de Farmacia** | |
|  | |
| Apellido: | Nombre: |
| DNI: | LU: |
| Domicilio: | |
| Teléfono de contacto: | |
| e-mail**:** | |
| Título del plan seleccionado: | |
| Título del plan alternativo (1): | |
| Título del plan alternativo (2): | |
| Total de materias aprobadas: | |
| Firma del alumno: | Plan (año) |