|  |
| --- |
| **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) |