



Unión de Kinesiólogos de Entre Ríos

FORMULARIO BENEFICIOS BECAS - UKER

Fecha...../...../.....

Nombre:

Apellido:

Matrícula Profesional:

Curso realizado en el mes de:

Correspondiente al Cuatrimestre:

[..] Enero/Marzo [..] Abril/Junio [..] Julio/ Septiembre [..]Octubre/Diciembre

Adjunta Certificado y Comprobante de Pago:

.....

.....

FIRMA Y SELLO

Aprobación:

Fecha...../...../.....

Firma: