

ANEXO II

Planilla solicitud

Consentimiento informado

Solicitud con cambio en los registros oficiales

Quien suscribe, con DNI solicita en fecha..... y expresa su voluntad de que se proceda a la modificación en los registros internos de la facultad de ciencias médicas de su nombre de pila, en concordancia a los criterios establecidos por la ley nacional de Identidad de Género y en respeto de su identidad autopercebida.

Nombre Civil (DNI)

Nombre identitario (adoptado por identidad de género)

Claustro al que pertenece y legajo

Carrera a la que pertenece (medicina – enfermería – fonoaudiología)

Iniciador (Secretaría donde se solicita)

Se hace saber a la persona interesada que la Secretaría de Género de la Facultad tendrá intervención ante las solicitudes por incumplimiento o acciones que obstaculicen el pleno acceso a los derechos reconocidos por esta resolución.

Firma:

Contacto (mail o teléfono):