Fecha: …...…. /……..../…………..…

Quien suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DNI número\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estudiante de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata de la carrera \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declara que su domicilio está ubicado a más de treinta kilómetros de la FaHCE-UNLP y/o que la asistencia al establecimiento le significa un traslado de una duración de dos horas o más. Declara asimismo que los datos consignados en la presente son fidedignos.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_