Universidad Nacional del Nordeste

Comprobante de reinscripción

Responsables Académicas: **Facultad de Medicina**
Alumno: **ESTERCHE, FABRICIO LUIS**
Identificación: **DNI 47109091**
Propuesta: **(236) MEDICINA**
Plan: **(2000) 2000**
Modalidad de cursada: **Presencial**
Ubicación: **MED-Sede Central**
Año académico: **2025**
Fecha de reinscripción: **14/10/2024**
Número de transacción: **22992158**