



**SOLICITUD DE CERTIFICADO DUPLICADO NIVEL LICENCIATURA**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Control: \_\_\_\_\_

Carrera: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**LIBERACIÓN DE ADEUDOS**



SELLO Y FIRMA  
RECURSOS FINANCIEROS

(Exclusivo para ser llenado por el Departamento de Servicios Escolares)

**Documentos recibidos para el trámite de Certificado Duplicado**

Pago de certificado: \_\_\_\_\_ Fotos: \_\_\_\_\_

Fecha de Recepción: \_\_\_\_\_ Nombre de quien recibe: \_\_\_\_\_

**ACUSE DE RECIBIDO PARA TRÁMITE DE CERTIFICADO DUPLICADO DE NIVEL LICENCIATURA**

(dejar en blanco fecha de recepción y nombre de quien recibe)

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de Control: \_\_\_\_\_ Carrera: \_\_\_\_\_

Fecha de Recepción: \_\_\_\_\_ Nombre de quien recibe: \_\_\_\_\_

