



SOLICITUD DE CERTIFICADO PARCIAL NIVEL MAESTRIA (incompleto)

Fecha: _____

Nombre: _____ Número de Control: _____

Carrera: _____

Domicilio: _____

Municipio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

LIBERACIÓN DE ADEUDOS

SELLO Y FIRMA RECURSOS FINANCIEROS	BAJA AUTORIZADA
---------------------------------------	-----------------

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

Documentos recibidos para el trámite de Certificado Parcial

Pago de certificado: _____ Fotos: _____

Fecha de Recepción: _____ Nombre de quien recibe: _____

ACUSE DE RECIBIDO PARA TRÁMITE DE CERTIFICADO PARCIAL 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: _____

