



SOLICITUD DE CERTIFICADO DUPLICADO NIVEL LICENCIATURA

Fecha: _____

Nombre: _____ Número de Control: _____

Carrera: _____

Domicilio: _____

Municipio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

LIBERACIÓN DE ADEUDOS



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

Documentos recibidos para el trámite de Certificado Oficial

Pago de certificado: _____ Fotos: _____

Fecha de Recepción: _____ Nombre de quien recibe: _____

ACUSE DE RECIBIDO PARA TRÁMITE DE CERTIFICADO OFICIAL 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: _____





SOLICITUD DE CERTIFICADO DUPLICADO NIVEL MAESTRÍA

Fecha: _____

Nombre: _____ Número de Control: _____

Carrera: _____

Domicilio: _____

Municipio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

LIBERACIÓN DE ADEUDOS



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

Documentos recibidos para el trámite de Certificado Oficial

Pago de certificado: _____ Fotos: _____

Fecha de Recepción: _____ Nombre de quien recibe: _____



ACUSE DE RECIBIDO PARA TRÁMITE DE CERTIFICADO OFICIAL 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: _____

