



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 DE 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 MAESTRÍA

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

Nombre: _____

Número de Control: _____ Carrera: _____

Fecha de Recepción: _____ Nombre de quien recibe: _____

