

FECHA: ___ / ___ / ___
DÍA MES AÑO

UNIVERSIDAD MUNDIAL
DIRECCIÓN DEL DEPARTAMENTO PROFESIONAL DE SERVICIOS ESCOLARES

SOLICITUD DE REGISTRO DE OPCIÓN DE TITULACIÓN

**CURSAR UNA SEGUNDA FORMACIÓN ELECTIVA ESPECIALIZANTE
PROGRAMADA PARA LA LICENCIATURA DE ADSCRIPCIÓN.**

NOMBRE DEL (A) ALUMNO (A): _____

MATRÍCULA: _____ LICENCIATURA: _____

1º. FORMACIÓN ELECTIVA ESPECIALIZANTE: _____

2º. FORMACIÓN ELECTIVA ESPECIALIZANTE: _____

SERVICIO SOCIAL REGISTRADO () LIBERADO ()

CURSÓ LA ASIGNATURA SEMINARIO DE TITULACIÓN SI _____ NO _____

TELÉFONO ACTUAL Y CORREO ELECTRÓNICO:

FIRMA DEL (A) ALUMNO (A): _____

Favor de entregar en original y 2 copias.

PARA SER LLENADO POR LA DIRECCIÓN DEL DEPARTAMENTO PROFESIONAL DE SERVICIOS ESCOLARES

CERTIFICADO TERMINAL DE ESTUDIOS SI _____ NO _____

TOTAL DE MATERIAS: _____

PROMEDIO DEL CERTIFICADO TERMINAL DE ESTUDIOS: _____

PORCENTAJE DE CRÉDITOS CURSADOS A LA FECHA: _____

ACTUALMENTE CURSA SEGUNDA ESPECIALIDAD: _____

CURSÓ SEGUNDA ESPECIALIDAD: _____

PROMEDIO ACTUAL DE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD: _____

DOCUMENTOS COMPLETOS: Acta de Nacimiento, Certificado de Secundaria y Certificado de Bachillerato SI _____ NO _____

APROBÓ REGISTRO COMITÉ DE TITULACIÓN SI _____ NO _____