

FECHA: ____ / ____ / ____
DIA MES AÑO

UNIVERSIDAD MUNDIAL
DIRECCIÓN DEL DEPARTAMENTO PROFESIONAL DE SERVICIOS ESCOLARES

SOLICITUD DE REGISTRO DE OPCIÓN DE TITULACIÓN

**POR SEMINARIOS DE ESPECIALIZACIÓN Y/O CURSOS CON NIVEL
DE POSGRADO.**

NOMBRE DEL (A) ALUMNO (A): _____

MATRÍCULA: _____ LICENCIATURA: _____

CURSÓ LA ASIGNATURA OPCIÓN DE TITULACIÓN SI _____ NO _____

FIRMA DEL (A) ALUMNO (A): _____

TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO: _____

Favor de entregar en original y dos 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: _____

CARTA DE PASANTE SI _____ NO _____

PORCENTAJE DE CRÉDITOS CURSADOS A LA FECHA: _____

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

APROBÓ REGISTRO COMITÉ DE TITULACIÓN SI _____ NO _____