

FECHA: ___/___/___
DIA MES AÑO

**UNIVERSIDAD MUNDIAL
DIRECCIÓN 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: _____

ANOTAR SEGÚN SEA EL CASO::

1º. FORMACIÓN ELECTIVA
ESPECIALIZANTE: _____

1º. GRUPO DE SEMINARIOS DE FORMACIÓN
OPTATIVA COMPLEMENTARIA: _____

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 DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES

CERTIFICADO TERMINAL DE ESTUDIOS SI _____ NO _____

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 _____

SOLICITUD DE FECHA PARA ACTO PROTOCOLARIO

LA PAZ, B.C.S., A _____ DE _____ DE _____

MTRO. GUSTAVO ENRIQUE PÉREZ ARÉVALO.

Director de Servicios Escolares de la Universidad Mundial
Presente.

Mediante el presente, me permito solicitar designación de fecha para llevar a cabo acto protocolario, toda vez que he cubierto los requisitos establecidos en el Reglamento de Titulación vigente en esta Institución.

Atentamente,

NOMBRE DEL(A) ALUMNO(A): _____

MATRICULA: _____ LICENCIATURA: _____

MODALIDAD DE TITULACION REGISTRADA: _____

ANOTAR SEGÚN SEA EL CASO:

1º. FORMACIÓN ELECTIVA

ESPECIALIZANTE: _____

1º. GRUPO DE SEMINARIOS DE FORMACIÓN

OPTATIVA COMPLEMENTARIA: _____

TEL. ACTUALIZADO Y CORREO E. _____

FIRMA DEL(A) ALUMNO(A): _____

PARA SER LLENADO POR LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES:

PROMEDIO GENERAL: _____ PROMEDIO MODALIDAD: _____

CARTA DE PASANTE: _____ (fecha de registro por la UM): _____ / _____ / _____
DIA MES AÑO

CERTIFICADO TERMINAL DE ESTUDIO _____ (Fecha de _____ / _____ / _____
Legalización): DIA MES AÑO

REGISTRO DE MODALIDAD, OFICIO N° _____ (de fecha): _____ / _____ / _____
DIA MES AÑO

LIBERACION DE TERAPIAS (para los alumnos de psicología) (de fecha): _____ / _____ / _____
DIA MES AÑO

NOTA: DEBERÁ ENTREGAR ESTE FORMADO EN TRES TANTOS ORIGINALES, ACOMPAÑADO DE ORIGINAL DE CARTA DE NO ADEUDO EXPEDIDA POR LA COORDINACIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y EN SU CASO LA LIBERACIÓN DE TERAPIAS CON EL Vo.Bo. DE LA COORDINACIÓN DE PSICOLOGÍA.



Con la finalidad de integrar informe estadístico de los alumnos titulados a la Coordinación de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, te solicitamos actualizar los siguientes datos personales:

[Denominación de la Institución donde labora]

[Ubicación: Ciudad y Estado]

[Teléfono]

Domicilio particular en:

[Calles]

[Colonia]

[Municipio]

[Estado]

[Código Postal]

[Teléfono]

REQUISITOS QUE DEBERÁ ADJUNTAR A LA SOLICITUD DE ACTO PROTOCOLARIO.

- 1.-Solicitud en original y 2 copias
- 2.- Constancia de No Adeudo (para lo cual deberá pagar los derechos de titulación).
- 3.- Los pasantes de la carrera de psicología, además de lo anterior, anexarán original de la constancia de liberación de terapias con el Vo.Bo. de la Coordinación de Psicología.
- 4.- Original de Certificado Terminal de Estudios de Licenciatura y copia; solicitar a la Dirección de Servicios Escolares, revisión de expediente para constatar que se encuentre en custodia de la UM el original de acta de nacimiento, original de certificado de bachillerato y certificado de secundaria.
- 5.- Seis fotografías tamaño credencial, ovaladas, de frente, reveladas en papel mate, blanco y negro con fondo blanco, no instantáneas, vestimenta formal con colores claros, accesorios y peinado discreto para las mujeres y no barba ni bigote a los hombres; cuidando en ambos casos que el rostro este despejado.
Para las personas que tienen perforaciones no traer piercing.
- 6.- copia de oficio de opción de titulación
- 7.- copia de carta de pasante