



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA  
VICERRECTORÍA CAMPUS \_\_\_\_\_  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESTUDIANTILES Y GESTION ESCOLAR

SOLICITUD DE ELABORACIÓN DE CERTIFICADO DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**CP-N4-05**  
**REV. 00**

FECHA DE SOLICITUD:   |   |   |   |  
  día   mes   año

MATRICULA: \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ SEXO: (M) (F)  
                    Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombre(s)

INSTITUTO, FACULTAD O ESCUELA \_\_\_\_\_ POSGRADO \_\_\_\_\_

TEL. CASA/TRABAJO \_\_\_\_\_ CICLO DE EGRESO \_\_\_\_\_

TEL. MÓVIL \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DEL (LA) SOLICITANTE**