

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESTUDIANTILES Y GESTIÓN ESCOLAR
CAMPUS ENSENADA

SOLICITUD DE ELABORACIÓN DE GRADO ACADÉMICO

FECHA DE SOLICITUD: _____ MATRICULA: _____

UNIDAD ACADÉMICA: _____

PROGRAMA: _____

FECHA Y LUGAR DE EXAMEN DE GRADO _____

NOMBRE: (Contemplar Mayúsculas, minúsculas y acentos)

Nombre Apellido Paterno Apellido Materno

SEXO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

CURP: _____ CODIGO POSTAL _____

DOMICILIO: _____ COLONIA _____

TELÉFONO PARTICULAR: _____ TELÉFONO OFICINA: _____ FAX _____

TELÉFONO CECULAR: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

OTROS DATOS ACADEMICOS.

LICENCIATURA _____

NUMERO CEDULA LICENCIATURA _____

MAESTRIA _____

NUMERO CEDULA MAESTRIA _____

SOLO PARA EGRESADAS

MARQUE EL GÉNERO EN QUE DESEA SE ELABORE EL GRADO ACADÉMICO:

MAESTRO: _____ MAESTRA: _____ DOCTOR: _____ DOCTORA: _____

FIRMA DE CONFORMIDAD DE ALUMNO: _____

NOMBRE Y FIRMA DE COORDINACION DE MAESTRIA O DOCTORADO _____