



SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR

SOLICITUD PARA TRÁMITE DE TITULACIÓN

Form with fields: Número de Cuenta, APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRE(S), LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO, NACIONALIDAD, Domicilio: CALLE Y NÚMERO, COLONIA, TELÉFONO, DELEGACIÓN O MUNICIPIO, CÓDIGO POSTAL

BACHILLERATO
Nombre de la Escuela de a
Población y Estado

PROFESIONAL
Plantel FACULTAD DE ODONTOLOGÍA Carrera CIRUJANO DENTISTA
Año de ingreso a la Licenciatura
¿Cursó toda la carrera en la UNAM? SI NO
Si ingresó por años posteriores al primero, anote el nombre de la Institución donde cursó las primeras asignaturas de a

SI SE ENCUENTRA HACIENDO OTRO TRÁMITE: CERTIFICADO O CONSTANCIA DE BACHILLERATO, RETIRO DE DOCUMENTOS DEL ARCHIVO GENERAL, FOTOCOPIA DE ESTUDIOS, ESTA SOLICITUD SE ATENDERÁ HASTA LA TERMINACIÓN DEL TRÁMITE ANTERIOR.

Estoy conforme con los datos asentados respecto al nombre, asignaturas, créditos y el promedio que aparecen en mí documentación oficial.
FECHA FIRMA DEL ALUMNO

SOLICITUD DE REVISIÓN DE ESTUDIO
COMPROBANTE DEL ALUMNO
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA CIRUJANO DENTISTA
NÚMERO DE CUENTA PLANTEL CARRERA
OFICINA DE SERVICIOS ESCOLARES
Periodo de Estudios de a Promedio Nacionalidad
OFICINA DE REVISIÓN DE ESTUDIOS

DATOS QUE DEBEN SER LLENADOS POR LAS OFICINAS

NO ADEUDO(S)

CLÍNICA PERIFÉRICA

**SELLO, FECHA
Y FIRMA**

**AUDIOVISUAL
1° PISO**

**SELLO, FECHA Y FIRMA
HORARIO:
8:00 A 14:00 HRS Y
16:00 A 20:00 HRS**

**INVENTARIOS
SÓTANO**

**SELLO, FECHA Y FIRMA
HORARIO:
8:00 A 16:00 HRS**