



Ciudad Universitaria, Cd. Mx., a ____ de _____ de 20 ____

Dirección General de Administración Escolar
Universidad Nacional Autónoma de México
Presente.

Por este medio, me permito solicitar la expedición de mi título profesional o grado de _____

_____, que

realice en **Facultad de Odontología** _____, con
(ESCUELA, FACULTAD, CENTRO, INSTITUTO O PROGRAMA DE POSGRADO)

el número de cuenta _____, para tal

efecto me permito proporcionar los siguientes datos:

Nombre completo: (CONFORME A MI ACTA DE NACIMIENTO, CON MAYÚSCULAS, MINÚSCULAS Y ACENTOS)

Nombre (s)	Primer Apellido	Segundo Apellido

Asimismo, le solicito que mi título profesional o grado, se elabore en: (MARCA EL CUADRO QUE CORRESPONDA)

<input type="checkbox"/>	Papel seguridad de 21.5 x 28 centímetros.
<input type="checkbox"/>	Cartulina imitación pergamino con medidas de seguridad, tamaño 28.5 x 41 centímetros.
<input type="checkbox"/>	Pergamino piel de cabra, tamaño 28.5 x 41 centímetros.

También he sido informado de que la decisión sobre el material y características de mi título profesional o grado que he manifestado, es irrevocable, y que no se podrá expedir en alguna opción distinta del material que he elegido, ni las reposiciones que posteriormente pudiera solicitar del mismo.

 NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

NOTA: EL COSTO DEL TÍTULO O GRADO, DEBERÁ CONSULTARLO EN LA OFICINA DE SERVICIOS ESCOLARES O DE EXÁMENES PROFESIONALES DE SU ESCUELA, FACULTAD, CENTRO, INSTITUTO O PROGRAMA DE POSGRADO)

