



SOLICITUD DE TRÁMITES: CONVALIDACIÓN DE CURSOS

SOL-07

1. DATOS GENERALES

APELLIDOS		NOMBRES	
E-MAIL		TELÉFONO	
UNIVERSIDAD DE ORIGEN			
PROGRAMA DE ORIGEN			

2. PROGRAMA AL QUE PERTENECE EN LA UARM

MAESTRÍA DIPLOMADO

MODALIDAD: PRESENCIAL SEMIPRESENCIAL A DISTANCIA

PROGRAMA: _____

CONDICIÓN DE MATRÍCULA: ESTUDIANTE REGULAR

3. SOLICITO LA CONVALIDACIÓN CURSOS POR:

TRASLADO EXTERNO CONVENIO

OTROS: _____

5. CURSOS QUE SE SOLICITA SE LE CONVALIDEN

Asignaturas de origen (Plan _____)				Asignaturas por las cuales se solicita convalidar (Plan _____)		No llenar
N.º	Nombre de curso	Créditos	Nota obtenida	Nombre de curso	Créditos	V.B.º
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

9					
10					

6. DOCUMENTOS CONSIGNADOS

- Sílabos fedateados:
- Certificados de estudios
- Otros: _____

N.º DE BOLETA DE PAGO: _____

Fecha: _____

Firma del solicitante: _____

Información para ser completada en el área

	La solicitud no procede por	Fecha	Observaciones	Firma
1				
2				
3				
4				