



DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES
Departamento de Declaración de Equivalencias,
Revalidación de Estudios y Exámenes Profesionales



SOLICITUD DE EXENCIÓN DE EXAMEN PROFESIONAL DE LICENCIATURA

La Paz, B.C.S, a ____ de _____ de 20__.

C. JEFE DEL DEPARTAMENTO DE DECLARACIÓN DE EQUIVALENCIAS,
REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS Y EXÁMENES PROFESIONALES,
P R E S E N T E.

Por este conducto y con fundamento en el Artículo 32 inciso ____ del Reglamento General de Exámenes, solicito a usted respetuosamente el trámite de mi Título Profesional de _____, tomando en consideración que he satisfecho los requisitos exigidos por la normatividad universitaria, conforme a los requisitos establecidos por la Dirección de Servicios Escolares.

NOMBRE COMPLETO: _____

(como aparecerá en el Título)

DOMICILIO PART. COMPLETO: _____

Calle

No.

COLONIA: _____ C.P. _____

TELEFONO PARTICULAR: _____ TELEFONO TRABAJO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ CELULAR: _____

ATENTAMENTE

Firma