



Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES  
Sede Comodoro Rivadavia

Comodoro Rivadavia ..... de ..... 20.....

REF.: PEDIDO DE CERTIFICACION DE PROGRAMAS

SR / SRA  
DIRECTOR/A DEL DEPARTAMENTO ALUMNOS  
S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

Por la presente me dirijo a Ud. para solicitar CANCELACION DE MATRICULA y toda la documentación necesaria para tramitar EQUIVALENCIAS en la UNIVERSIDAD..... y/o INSTITUTO .....

LOS PROGRAMAS QUE NECESITO SON LOS DE TODAS LAS MATERIAS APROBADAS (en caso de ser tan solo algunas materias, detalle las mismas).

.....  
.....  
.....

APELLIDOS Y NOMBRES: .....

(DNI - LC- LE - PASP - CI) Con circulo marque lo que corresponde Nº .....

CARRERA: .....

ALUMNO ACTIVO - PASIVO - GRADUADO (Marque la situación en que se encuentra y año en numero, en que abandonó o se graduó) .....

TELEFONO FIJO/EMAIL/CEL .....

(En caso de que desee que la documentación le sea enviada, indique domicilio, localidad provincia y C.P. )

.....

FIRMA

---

VISTO: NOTIFICO A UD. QUE A PARTIR DE LA FECHA DE LA PRESENTE NOTA TIENE CINCO DIAS HABILES PARA QUE PASE POR EL DPTO DOCENTES PARA FOTOCOPIAR LOS PROGRAMAS QUE HA SOLICITADO Y DEJARLOS PARA SU LEGALIZACION