



UNIVERSIDAD CENTRO OCCIDENTAL "LISANDRO ALVARADO"
DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD
"DR. PABLO ACOSTA ORTIZ"
COORDINACIÓN ESTUDIOS DE POSTGRADO



SOLICITUD DE CONSTANCIAS Y PROGRAMAS

FECHA: ___/___/___

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

TELEFONO DE CONTACTO: _____ EMAIL: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____ INICIO: ___/___/___ EGRESO: ___/___/___

ESPECIALIDAD MAESTRÍA DOCTORADO _____

Año: Primero Segundo Tercer Cuarto Egresado Prórroga

CONSTANCIA DE:

Estudios	<input type="checkbox"/>	Notas	<input type="checkbox"/>	Buena Conducta	<input type="checkbox"/>
Inglés	<input type="checkbox"/>	Inscripción	<input type="checkbox"/>	Aprob. De Proyecto	<input type="checkbox"/>
Culminación	<input type="checkbox"/>	Matricula	<input type="checkbox"/>	Aprob. Trabajo De Grado	<input type="checkbox"/>
Selección	<input type="checkbox"/>	Aceptación	<input type="checkbox"/>	Lugar Ocupado En Concurso	<input type="checkbox"/>
Programa	<input type="checkbox"/>	Pensum	<input type="checkbox"/>	Modalidad	<input type="checkbox"/>

Otras: _____