

**DIRECCIÓN GENERAL SOCIO-ACADÉMICA
COORDINACIÓN DEL PROGRAMA FORMACION DE GRADO
COMISIÓN EQUIVALENCIA, CONVALIDACIÓN Y REVÁLIDA DE TÍTULO (CECRE)**

SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN

FECHA / /
DD MM AA

Nº DE SOLICITUD _____

DATOS PERSONALES				
APELLIDOS NOMBRES		CEDULA DE IDENTIDAD		FECHA DE NACIMIENTO
LUGAR DE NACIMIENTO	GENERO		ESTADO CIVIL	TELEFONO HABITACION
	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>		
E-MAIL	DIRECCION DE HABITACION:			

PROGRAMA DE PROCEDENCIA			
CARRERA:	AÑO DE EGRESADO	PROMEDIO GENERAL	SEMESTRES APROBADOS

CARRERA ASPIRA CURSAR			
PFG DE ADMINISTRACION DE EMPRESAS AGROPECUARIAS	<input type="checkbox"/>	PNG DE CONSTRUCCION CIVIL	<input type="checkbox"/>
PFG DE CONTADURIA PUBLICA	<input type="checkbox"/>	PNG DE INFORMATICA	<input type="checkbox"/>
PFG DE INGENIERIA DE LA PRODUCCION AGROPECURIA	<input type="checkbox"/>	PNG DE MECANICA	<input type="checkbox"/>
PFG DE INGENIERIA DE ALIMENTO	<input type="checkbox"/>		

DOCUMENTOS A CONSINAR	
ARTICULO 20 DEL REGLAMENTO INTERNO PARA LA REALIZACIÓN DE EQUIVALENCIAS, CONVALIDACIONES Y REVÁLIDA DE TÍTULOS	
FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE IDENTIDAD	<input type="checkbox"/>
CONSTANCIA DE BUENA CONDUCTA	<input type="checkbox"/>
ORIGINAL DE NOTAS CERTIFICADAS	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIÓN

FIRMA DE SOLICITANTE

FIRMA Y SELLO C.E.C.R.E