



Universidad Estatal a Distancia

Oficina de Registro

Tels: 2527-2258 / 2527-2273 Fax: 2283-0727

**SOLICITUD DE ESTUDIOS DE GRADUACIÓN
O SALIDAS LATERALES**

Nombre Completo: Fabrizio Gonzalez Valerio		Cédula: 207700061	
Telefono Habitación:	Teléfono Celular: 83052909	Correo electrónico: fabriziodigitador.exe@gmail.com	
Lugar de trabajo: N.A	Teléfono:	Extensión:	Fax:

COMPLETE O MARQUE UNA SOLA ALTERNATIVA POR OPCIÓN

Carrera:						
Título solicitado:	Centro Universitario: CEU Los Chiles					
<input type="checkbox"/> Técnico	<input type="checkbox"/> Licenciatura					
<input type="checkbox"/> Diplomado	<input type="checkbox"/> Maestría					
<input type="checkbox"/> Profesorado	<input type="checkbox"/> Doctorado					
<input checked="" type="checkbox"/> Bachillerato						
<input type="checkbox"/> PAU 1	<input type="checkbox"/> PT 2	<input type="checkbox"/> ET 1	<input type="checkbox"/> MT 1	<input type="checkbox"/> MT 3	<input type="checkbox"/> VT 4	<input type="checkbox"/> Idone. Educa. Especial
<input type="checkbox"/> PAU 2	<input type="checkbox"/> PT 4	<input type="checkbox"/> ET 2	<input type="checkbox"/> MT 2	<input type="checkbox"/> VT 3	<input type="checkbox"/> Idon. Bibliotec.	<input type="checkbox"/> Idon. Adm Ed
Es funcionario de la UNED:	<input type="checkbox"/> Si	Dependencia donde labora:				
	<input checked="" type="checkbox"/> No	N.A				
Es alumno con graduación de Honor:	<input type="checkbox"/> Si	Aprobó Cursos de Extensión:				
	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si				
		<input type="checkbox"/> No				
Usted presenta algún tipo de discapacidad:	<input type="checkbox"/> Si	Indique:				
	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Motora				
		<input type="checkbox"/> Visual				
		<input type="checkbox"/> Auditiva				
		<input type="checkbox"/> Otro				

DEBE ADJUNTAR PARA GRADUACION Y SALIDA LATERAL

<input type="checkbox"/> Cuestionario de Graduando	Monto \$	
<input type="checkbox"/> Fotocopia de Cédula de identidad	Recibo #	
Firmo haciendo constar que llené completamente la información solicitada y que me comprometo a estar en comunicación con el Centro Universitario para saber el progreso de esta solicitud		
Firma del estudiante	Fecha	Firma del Funcionario
Fabrizio G.V.		

PARA USO EXCLUSIVO DE OFICINA DE REGISTRO

Colilla de certificación (solo en caso que la requiera)

Revisado por:	Nombre del estudiante	
	Certificación solicitada:	
	<input type="checkbox"/> Salida Lateral	
	<input type="checkbox"/> Conclusión del plan de estudio (egresado)	
	Graduación	
	La retira en:	Registro
		# DE CeU.