

SOLICITUD DE GRADOS Y TITULOS

SOLICITUD DE: TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENDOCRINOLOGÍA

N° Solicitud	2803
Tipo Documento	DNI
N° Documento	74532788
Primer Apellido	RUIZ
Segundo Apellido	HUARANGA
Nombre(s)	EDITA GUADALUPE
Facultad / Escuela de Postgrado	FACULTAD DE MEDICINA ALBERTO HURTADO
Correo Electronico	EDITA.RUIZ@UPCH.PE
Correo Electronico Egresado	
Programa Académico	PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENDOCRINOLOGÍA
Periodo de Ingreso	
Periodo de Última matricula (Año de término de estudios)	01-01-2023
Total de Créditos	282
URL del trabajo de investigación	https://hdl.handle.net/20.500.12866/13681
Cumplo con las consideraciones técnicas de la fotografía digital	SI
Autorizo la impresión de la fotografía digital y el pegado en el diploma	SI
Consentimiento de Uso de Datos Personales	SI
Estoy de acuerdo con términos y condiciones	SI



Por el presente documento, declaro que todos los datos señalados en el presente formulario son verdaderos y tienen carácter de **DECLARACIÓN JURADA**. Asimismo, autorizo que todo acto administrativo derivado del presente procedimiento, se me notifique al correo electrónico personal institucional consignado en el presente formulario.

Es importante señalar que la presente solicitud será sometida a evaluación y admitida a trámite cuando:

1. Cumpla con los requisitos exigidos por la Ley Universitaria.
2. Se haya verificado la constancia de pago correspondiente al trámite, y
3. Cuenten con evaluación favorable del Secretario Académico.