**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN DE AREQUIPA VICERRECTORADO ACADEMICO**

**OFICINA DE COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN ACADÉMICA**

SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN

Señora Vicerrectora Académica de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

N° de Exp

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellidos y Nombres** |  |
| **C.U.I** |  | **C.Mat.** |  | **Documento de Identidad** |  |
| **Domicilio** |  | **Telefono** |  |

Con matrícula vigente en la Escuela Profesional de: Ingresante en el año Académico del 20 por la modalidad de :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. TRASLADO INTERNO** |  |  |  |  |
| **2. TRASLADO EXTERNO DE** | **UNIVERSIDAD PARTICULAR** |  | **UNIVERSIDAD NACIONAL** |  |
| **3. INGRESANTE PROFESIONAL DE** | **UNIVERSIDAD PARTICULAR** |  | **UNIVERSIDAD NACIONAL** |  |
| **4. INGRESANTE PROFESIONAL UNSA** |  |  |  |
| **5. INGRESANTE ORDINARIO CON ESTUDIOS UNIVERSITARIOS EN** | **UNIVERSIDAD PARTICULAR** |  | **UNIVERSIDAD NACIONAL** |  |
| **UNSA (CONVALID. INTERNA)** |  |  |  |

Procedente de

Universidad : Facultad/Escuela: Amparado por los dispositivos legales vigentes, solicito a usted la convalidación de las asignaturas siguientes:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **( Asignatura(s) a Convalidar** | **)** |  | **( Asignatura(s) a Cursar** | **)** |  |  |
| **N°** | **Código** | **Curso solicitado** | **Créd.** | **Curso por convalidar** | **Nota** | **Créd.** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

TOTAL A CONVALIDAD: CURSOS\_\_\_\_ \_CRÉDITOS\_ \_\_\_\_RECIBO\_\_\_\_ \_\_MONTO

Declaro conocer el Reglamento de Convalidaciones y cumplo con os requisitos, para lo cual adjunto los siguientes documentos en fojas :

a) ( ) Certificado(s) de Estudios O riginales b) ( ) Sílabos de las asignaturas a convalidar

**(\*De otra universidad firm a y sello del Decano de la Facultad y Secretario General**

**\*De la U.N.S.A firma y sello del Jefe del Departamento.)**

c) ( ) Recibo de pago por servicios.

Asimismo, expreso mi compromiso formal de someterme a la evaluación y a los resultados de esta convalidación, en forma inapelable

POR LO EXPUESTO:

Usted pido acceder a m solicitud. Arequipa, ,2016.

FIRMA

… …… …… … …… …… …… …… …… … …… …… …… …… …… … …… …… …… … …… … DE CRE T O N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Arequipa, ,2016 .

Vista la solicitud del recurrente, PASE a la Facultad de

Para su trámite conforme al Reglamento de Convalidaciones. Hecho, Devuélvase a este Vicerrectorado.

JEFE DE LA OFICINAUNIVERSITARIA DE COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN ACADÉMICA

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

PROVEIDO N°\_ \_\_\_ \_\_\_

Arequipa,\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ ,2016.

Vista el Decreto y la solicitud que antecede, PASE a:

Secretaría Académica/Dirección de Escuela/Comisión de Convalidaciones para su trámite respectivo

\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_

DECAN O

…………………………………………………………………………………………………… PROVEIDO N°\_ \_\_\_ \_\_\_

Arequipa,\_\_ \_\_ \_\_ \_\_\_ \_,2016.

Vista el Decreto y la solicitud que antecede, PASE a:

Secretaría Académica/Dirección de Escuela/Comisión de Convalidaciones para su trámite respectivo

\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_

DECAN O