UNIVERSIDAD BENEMERITA AUTONOMA DE CHIAPAS

ESCUELA DE LENGUAS, CAMPUS TAPACHULA

SOLICITUD DE TITULACIÓN

Modalidad de Titulación Evaluación de Conocimientos

Profesionales Merito Académico

Datos Personales

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Generación	**Matricula de Estudiante**	**Programa Docente (Licenciatura)**
Calle	**No. Exterior/No. Interior**	**Colonia**
Teléfono Particular	**Celular**	**Correo Electrónico**

Datos del Padre o Tutor

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Teléfono Particular	**Celular**	**Correo Electrónico**

SELECCIÓN DE UNIDADES DE COMPETENCIA DEL PROGRAMA DE ESTUDIOS CURSADO

_____

Firma del Solicitante

Para uso *Exclusivo* del Comité de Titulación

Nombre del Docente	Firma
Nombre del Docente	
Nombre del Docente	

Tapachula, Chiapas a _____ de _____ de _____

Nota: Favor de Entregar Original y Copia de este Documento.