# UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN

**VICERRECTORADO ACADÉMICO**

**DIRECCIÓN UNIVERSITARIA DE FORMACIÓN ACADÉMICA**

# SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN

 N° de Exp.

### Señor Vicerrector Académico de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

|  |  |
| --- | --- |
| Apellidos y Nombres |  |
| C.U. I Dcto. de Identidad **1** |  | C. Mat. |  | Dcto de identidad |  |
| Domicilio |  | Teléfono |  |

Con matrícula vigente en la Escuela Profesional de:

Ingresante en el Año Académico del 20 por la modalidad de:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. TRASLADO INTERNO | **1** |  |  |  |  |
| 2. TRASLADO EXTERNO DE | UNIVERSIDAD PARTICULAR |  | UNIVERSIDAD NACIONAL |  |
| 3. INGRESANTE PROFESIONAL DE | UNIVERSIDAD PARTICULAR |  | UNIVERSIDAD NACIONAL |  |
| 4. INGRESANTE CON TÍTULO PROFESIONAL | UNIVERSIDAD PARTICULAR |  |  |
| 5. INGRESANTE ORDINARIOS 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 Con va lida r · ··················->) (<····················· Asignatura(s) cursada(s)- ········· ·········->) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Código | Asignatura solicitada | Créd. | Asignatura por convalidar | nota | Créd. |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**TOTAL A CONVALIDAR: CURSOS** **CRÉDITOS** **RECIBO** **MONTO**

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

### **( ) Certificado(s) de Estudios Originales.**

1. **( ) Sílabos de las asignaturas a convalidar (sellados y firmados)**
2. **Recibo de pago por servicios.**

Así m ismo. Expreso m i compromiso formal de someterme a la evaluación y a los resultados de esta convalidación. en forma inapelable.

POR LO EXPUESTO:

A usted pi do acceder a mi solicitud.

Arequipa , 20

(Firma)

DECRETO N'º

Arequipa , 20

Vista la solicitud del recurrente, PASE a la Facultad de

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

DIRECTOR

DIRECCIÓN UNIVERSITARIA DE FORMACIÓN ACADÉMICA

PROVEIDO N'º

Arequipa , 20

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

Secretaria Académica/ Dirección de Escuela/Comisión de Convalidaciones/ para su trámite respectivo.

 DECANO

PROVEIDO N'º

Arequipa , 20

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

Secretaria Académica/ Dirección de Escuela/Comisión de Convalidaciones/ para su trámite respectivo.

 DECANO