



DIRECCIÓN DE REGISTRO CURRICULAR
AVDA UNIVERSIDAD DE ANTOFAGASTA 02800
CAMPUS COLOSO – FONOS 552637492

SOLICITUD DE TÍTULO PROFESIONAL

SEÑOR RECTOR:

(NOMBRES)

(APELLIDO PATERNO)

(APELLIDO MATERNO)

NACIONALIDAD: _____ R.U.T. N° _____

DOMICILIO: _____

CIUDAD: _____ TELEFONO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EMAIL : _____

DECLARA HABER DADO CUMPLIMIENTO A TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LA UNIVERSIDAD, PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL

Optando además por la correspondiente variable de género, declarando que opta por cambiar la denominación de su Título Profesional:

VARIABLE DE GÉNERO: SÍ NO

TÍTULO PROFESIONAL : _____

COMO ALUMNO REGULAR DE LA CARRERA: _____

ADSCRITO A LA FACULTAD DE: _____

Y solicita, de acuerdo a las disposiciones reglamentarias vigentes, se le otorgue el Título indicado.

CERTIFICADO DIGITAL: SÍ NO

FIRMA

ANTOFAGASTA, _____ DE _____ DE _____