



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS AUTÓNOMA

SOLICITUD DE CERTIFICACION O DUPLICADO DE DOCUMENTOS

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, a

Nombre del Egresado: _____

Programa Educativo: _____

Matrícula: _____ No. de celular: _____ Correo electrónico: _____

Exponer los motivos por los que solicita la reposición del documento:

Solicito la **Certificación o Duplicado del documento** señalado a continuación:

1. Certificación de Título profesional
2. Certificación de Título de Grado Académico
3. Certificación de Acta de Examen Profesional
4. Certificación de Acta de Examen de Grado
5. Duplicado de Certificado de Estudios

**Anexar copia fotostática del documento a certificar*

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

Aviso de Protección de Datos Personales

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 13, 14, 15 y 16 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Chiapas, le informamos que sus Datos Personales serán protegidos y utilizados únicamente para el objetivo por el cual son recabados.

Se le informa que sus datos son resguardados con las medidas de seguridad necesarias y no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso.