***SOLICITUD DE DUPLICADO DE DOCUMENTOS***

**Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_**

**Nombre del Egresado:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Programa Educativo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| ***DOCUMENTO*** | |
| 1. Certificación de Título profesional |  |
| 2. Certificación de Título de Grado Académico |  |
| 3. Acta de Examen Profesional |  |
| 4. Acta de Examen de Grado |  |
| 5. Certificado de Estudios |  |

*\*Anexar copia del original en la medida que sea posible cuando el motivo sea por deterioro.*

***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.