



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

Dirección de Servicios Escolares

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 | <input type="checkbox"/> |
| 2. Certificación de Título de Grado Académico | <input type="checkbox"/> |
| 3. Acta de Examen Profesional | <input type="checkbox"/> |
| 4. Acta de Examen de Grado | <input type="checkbox"/> |
| 5. Certificado de Estudios | <input type="checkbox"/> |

**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.