

---Por la presente el que suscribe solicita su Diploma Universitario:

Apellido/s y Nombre/s

Tipo Doc.: Nro.Doc.: Lib.Univ.: Fecha de Nac.: Género:

Nacionalidad: Lugar de Nac.:

Mail:

Título:

Última Materia (incluye Tesis): Fecha:

Título de Grado:

Nombre de la Universidad:

Tipo de Colegio Secundario: Año Ingr. UBA:

Por la presente declaro haber cumplido con todos los requisitos para la obtención del diploma que solicito. Esto es la totalidad de exámenes de los cursos que conforman mi plan de estudio y los trámites administrativos previos en la Secretaría de Posgrado.

FIRMA

A partir de aquí NO COMPLETE NADA MAS

Esta sección será completada por la Dirección de Estudiantes y Graduados.

Recibo: Nro.de Recibo: Arancel \$: Fecha Pago:

Recepción a Distancia: Fecha: Funcionario:

Documentación:

DNI: Cert.Nac: Censo: Libre Deuda: Recibo de Pago:

OBSERVACIONES: