



UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA
OFICINA DE REGISTRO
TELS: 2527-2258 • 2527-2273 • FAX: 2283-0727

SOLICITUD DE ESTUDIOS DE GRADUACIÓN O SALIDAS LATERALES

Nombre completo:		Cédula n.º:	
Teléfono habitación:	Teléfono celular:	Correo electrónico:	
Lugar de trabajo:	Teléfono:	Extensión:	Fax:
Provincia:	Cantón:	Distrito:	
Dirección exacta:			

COMPLETE O MARQUE UNA SOLA ALTERNATIVA POR OPCIÓN

Carrera:						
Título solicitado:	<input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Diplomado <input type="checkbox"/> Profesorado <input type="checkbox"/> Bachillerato	<input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado	Centro Universitario: _____ _____			
Marque la salida lateral:						
<input type="checkbox"/> PAU 1	<input type="checkbox"/> PT 2	<input type="checkbox"/> ET 1	<input type="checkbox"/> MT 1	<input type="checkbox"/> MT3	<input type="checkbox"/> VT 4	<input type="checkbox"/> Idone. Educa. Especial
<input type="checkbox"/> PAU 2	<input type="checkbox"/> PT4	<input type="checkbox"/> ET 2	<input type="checkbox"/> MT 2	<input type="checkbox"/> VT 3	<input type="checkbox"/> Idone. Bibliotecología	<input type="checkbox"/> Idone. Adm. Educativa
Es funcionario de la UNED:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Dependencia en la que labora:			
Es alumno con graduación de honor:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Aprobó cursos de extensión: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Usted presenta algún tipo de discapacidad:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Indique: <input type="checkbox"/> Motora <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Otro: _____			

DEBE ADJUNTAR PARA GRADUACIÓN Y SALIDA LATERAL

- Cuestionario de graduando Monto \$ _____
 Fotocopia de cédula de identidad Recibo n.º _____

Firmo haciendo constar que llené completamente la información solicitada y que me comprometo a estar en comunicación con el Centro Universitario para saber el progreso de esta solicitud

Firma del estudiante	Fecha	Firma del Funcionario
----------------------	-------	-----------------------

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE REGISTRO

Colilla de Certificación (solo en caso que lo requiera)

Revisado por	Nombre del estudiante: _____
	Certificación solicitada: <input type="checkbox"/> Salida Lateral <input type="checkbox"/> Conclusión del plan de estudio (Egresado) <input type="checkbox"/> Graduación
	La retira en: <input type="checkbox"/> Registro <input type="checkbox"/> CU: _____