



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA DEL ESTADO DE SINALOA
CALLE CASTIZA S/N COL. CUAUHEMOC, CULIACÁN ROSALES SINALOA C.P.
80027

**SOLICITUD DE REPOSICIÓN DE CERTIFICADO LICENCIATURA
PARCIAL O TOTAL**

SEDE/ SUBSEDE: _____

PROGRAMA: _____

NOMBRE: _____

GRUPO: _____ **SEMESTRE:** _____ **MATRÍCULA** _____

TIPO DE CERTIFICADO: **PARCIAL** _____ **TOTAL** _____

EGRESADO (A) **SI** **NO**

REQUISITOS

- Solicitud del trámite
- Recibo de pago original y copia

Nota;

- 1.- El alumno/a deberá entregar en la coordinación de Servicios Escolar la documentación requerida para el trámite.
- 2.- Cuenta concentradora para el pago (**BANAMEX Sucursal 7005 Cuenta 8638623**)
- 3.- **COSTO \$ 200.00**

Firma del alumno

Firma de recibido
