



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

**SOLICITUD DE REPOSICIÓN DE CERTIFICADO DE ESPECIALIZACIÓN,  
MAESTRÍA O DOCTORADO**

**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 \$ 600.00

Firma del alumno

Firma de recibido

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_