



UNH

Facultad de Ciencias de la Educación

Programa de Segunda Especialidad Profesional

FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE

S.D.

DRA. MILAGROS PIÑAS ZAMUDIO

Directora del Programa de Segunda Especialidad Profesional

Solicito a usted, ordene a quien corresponda se me otorgue:


- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Designación de asesor (proyecto de tesis) | <input type="checkbox"/> Constancia de egresado |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aprobación e inscripción de título (proyecto de tesis) | <input type="checkbox"/> Constancia de no adeudar |
| <input type="checkbox"/> Designación de jurados y declaración de apto (tesis) | <input type="checkbox"/> Constancia de ingreso |
| <input type="checkbox"/> Justificación por inasistencia | <input type="checkbox"/> Constancia de estudios |
| <input type="checkbox"/> Aprobación, inscripción o modificación de título (proyecto de tesis) | <input type="checkbox"/> Constancia de matrícula |
| <input type="checkbox"/> Hora y fecha de sustentación (tesis) | <input type="checkbox"/> Reincorporación |
| <input type="checkbox"/> Convalidación de cursos Ficha de matrícula por semestre | <input type="checkbox"/> Camet segunda especialidad |
| <input type="checkbox"/> Rectificación de matrícula | <input type="checkbox"/> Examen de subsanación |
| <input type="checkbox"/> Reserva de matrícula | <input type="checkbox"/> Curso dirigido |
| <input type="checkbox"/> Boleta de notas | <input type="checkbox"/> Otro: |
| <input type="checkbox"/> Diplomado | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | |

Especificar ítem Otro:

Para lo cual adjunto al presente los requisitos exigidos por el Programa.

- Boucher pago Fotografías
 Copia DNI Otros

Rellenar obligatoriamente

<ul style="list-style-type: none"> • Nombres y Apellidos <u>ROY S ISRAEL BAZÁN VÁSQUEZ</u> • Teléfono / Celular: <u>942637200</u> • N° DNI: <u>40978780</u> • Correo electrónico: <u>2024014065@unh.edu.pe</u> • Especialidad: <u>ANDROGOGIA-EBA</u> • Año de estudios: <u>2024</u> • Fecha: <u>12/05/2026</u> 	 <hr/> <p>FIRMA</p>
---	---

Si en caso el tramite es de dos personas rellenar:

<ul style="list-style-type: none"> • Nombres y Apellidos • Teléfono / Celular: • N° DNI: • Correo electrónico: • Especialidad: • Año de estudios: • Fecha: 	<hr/> <p>FIRMA</p>
---	--------------------

BANCO DE LA NACION

COMPROBANTE DE PAGO

UNIV. NAC. DE HUANCABELICA

CODIGO : 09229
2DA.ESP.EN EDUC.RURAL INTERCULTURAL

DOCUMENTO: 1 D.N.I. NRO: 40978786
CANT.DOC.: 0001
MONTO S/ : *****405.00

063079 12MAY2026 9650 3705 0761 15:03:51

530C8C

CLIENTE

370500121 0063079

Verifique su dinero antes de retirarse de la ventanilla