



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 type="checkbox"/> Aprobación e inscripción de título (proyecto de tesis)               | <input type="checkbox"/> Constancia de no adeudar    |
| <input checked="" 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"/> Carnet 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"/>                             |

Especificar item 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"> <li>• Nombres y Apellidos ..... <u>GRISEL DIANA VASQUEZ CANO</u></li> <li>• Teléfono / Celular: ..... <u>947585340</u></li> <li>• N° DNI: ..... <u>20738397</u></li> <li>• Correo electrónico: ..... <u>griselvc420@gmail.com</u></li> <li>• Especialidad: ..... <u>Gestión Educativa</u></li> <li>• Año de estudios: ..... <u>2024</u></li> <li>• Fecha: ..... <u>23/04/26</u></li> </ul>	 FIRMA
---	--

Si en caso el tramite es de dos personas rellenar:

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

BANCO DE LA NACION

COMPROBANTE DE PAGO

UNIV. NAC. DE HUANCVELICA

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

DOCUMENTO: 1 D.N.I. NRO: 20738397  
CANT.DOC.: 0001  
MONTO S/ : \*\*\*1,012.50

064759 23ABR2026 9650 0950 0431 15:29:22

36A5C4

CLIENTE

095000105 0064759

Verifique su dinero antes de retirarse de la ventanilla

---