



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"/> |
| <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

- **Nombres y Apellidos** **ELOY GAMARRA QUISPE**
- **Teléfono / Celular:** **900865042**
- **N° DNI:** **48089436**
- **Correo electrónico:** **gamarrita12@gmail.com**
- **Especialidad:** **ANDRAGOGIA EDUCACIÓN**
BÁSICA ALTERNATIVA
- **Año de estudios:** **2024**
- **Fecha:**



 FIRMA

Si en caso el tramite es de dos personas rellenar:

- **Nombres y Apellidos**
- **Teléfono / Celular:**
- **N° DNI:**
- **Correo electrónico:**
- **Especialidad:**
- **Año de estudios:**
- **Fecha:**

 FIRMA

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: 48089436

CANT.DOC.: 0001

MONTO S/ : ****1,012.50

056015 11MAY2026 9650 3595 0164 13:29:58

21C65A

CLIENTE

359500150 0056015

Verifique su dinero antes de retirarse de la ventanilla