

SOLICITUDES DE GESTIÓN RECTORADO

Asunción, ____ de ____ de ____

El/la que suscribe..... C.I./Pasaporte N°.....

Fecha de nacimiento Estado Civil:

Dirección..... Teléfono.....

Barrio..... E-mail.....

Ciudad..... Nacionalidad.....

Carrera / Programa:

Periodo cursado (Año) Semestre.....

Facultad.....

Solicita: (marque lo solicitado con una V)

Constancia académica

Carga horaria curricular

Reposición de Títulos

Autenticación de Copia de Título

Reposición de Certificado de Estudio

Autenticación de Copia de Certificado

Otro (*especificar*).....

Monto Gs.: _____

N° Factura expedida: _____

Fecha: _____

.....
Firma del/la Solicitante