



UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
VICE-RECTORADO ACADÉMICO
DECANATO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN

FECHA DE SOLICITUD:

DATOS DEL ESTUDIANTE		SOLICITADO POR LA COORDINACIÓN DE:	
APELLIDOS Y NOMBRES:		DEL PROGRAMA:	
CARNET Nº		ESPECIALIZACIÓN: <input type="checkbox"/>	MAESTRIA: <input type="checkbox"/>
CEDULA DE IDENTIDAD		DOCTORADO: <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> VENEZOLANO Nº		AL PROGRAMA:	
<input type="checkbox"/> EXTRANJERO Nº		ESPECIALIZACIÓN: <input type="checkbox"/>	MAESTRIA: <input type="checkbox"/>
		DOCTORADO: <input type="checkbox"/>	

CÓDIGO	DESIGNACIÓN	TRIMESTRE	U.C	NOTA

TOTAL NÚMERO DE CRÉDITOS:

NOMBRE DEL COORDINADOR:	FIRMA
-------------------------	-------

OBSERVACIONES:
