**SOLICITUD DE EQUIVALENCIAS**

**POR CAMBIO DE CARRERA A OTRA ÁREA DEL CONOCIMIENTO**

Doctor Edgardo Tzoc Ramírez

Secretario de la Facultad de Ciencias

Estimado Doctor:

Yo «**NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE**», matriculado (a) en la carrera «**NOMBRE DE LA** **CARRERA»**, de la Facultad de «**XXXXXXXXXXX**» o Centro Regional del **«XXXXXXXXXXX»**, con número de cuenta «**XXXXXXXXXXX**», por este medio solicito se me conceda equivalencia (s) por cambio de carrera a otra área del conocimiento en la siguiente forma:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CARRERA ANTERIOR: XXXXXXXXXXXXXX** | | | **CARRERA ACTUAL : XXXXXXXXXXXXXX** | | | |
| **CODIGO** | **ASIGNATURA** | **U.V.** | **POR** | **CODIGO** | **ASIGNATURA** | **U.V** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

«Lugar», a los «día» del «mes» de «20\_\_\_»

**Correo**: XXXXXXXXXXXXXX

**Teléfono**: XXXXXXXXXXXXXX

«XXXXXXXXXXXXXXXXX»,

**Firma del Solicitante**

**Requisitos que debe presentar:**

* Certificación de Estudios original;
* Fotocopia de Tarjeta de Identidad;
* Constancia de matrícula de la DIIP;
* Boleta de pago L. 50.00 por asignatura.
* Programas de asignaturas debidamente firmados y sellados por el Jefe de Departamento y Coordinador;