**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**SOLICITUD DE CERTIFICADO DE ESTUDIOS**

|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE CERTIFICADO DE ESTUDIOS PROFESIONALES**MARQUE CON UNA (X) |
| ESTUDIOS INCOMPLETOS |  |
| ESTUDIOS COMPLETOS |  |
| TITULADOS |  |
|  |  |
| NIVEL TÉCNICO |  |
| NIVEL LICENCIATURA |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Número de Cuenta |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) |
| Lugar y Fecha de Nacimiento Nacionalidad |
| Domicilio: Calle y Número Colonia Alcaldía  |
| Código Postal Tel. Fijo: Tel. Celular: |
| Correo Electrónico: | Correo Electrónico Alternativo: |
| Nombre Firma y Fecha del Alumno: | **1era vez** **Reposición**  |
| **RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS EN LA SECRETARIA DE SERVICIOS ESCOLARES** |
| **DOCUMENTO** | **Marcar con X** | NOMBRE Y FIRMA DE **QUIEN ENTREGA (ALUMNO)** | NOMBRE Y FIRMA DE **QUIEN RECIBE SAE** |
| **FOTOGRAFÍA** |  |  |  |
| **COMPROBANTE****DE PAGO**  |  |  |  |
| **SELLO SAE****FECHA RECEPCIÓN :** | **FECHA DE ENTREGA:** |

**ACUSE DE SOLICITUD PARA EL INTERESADO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DOCUMENTO****1era****vez** **Reposición** | **Marcar con X** | NOMBRE Y FIRMA DE **QUIEN ENTREGA (ALUMNO)** | NOMBRE Y FIRMA DE **QUIEN RECIBE SAE** |
| **FOTOGRAFÍA** |  |  |  |
| **COMPROBANTE****DE PAGO** |  |  |  |
| **SELLO SAE****FECHA RECEPCIÓN:**  | **FECHA DE ENTREGA** |

**NOTAS: LA ENTREGA DEL CERTIFICADO DE ESTUDIOS SERÁ EN 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A LA RECEPCIÓN DE LA SOLICTUD.**

**A PARTIR DE LA SEGUNDA SOLICITUD SE DEBERÁ ENTREGAR COPIA DEL PRIMER CERTIFICADO Y REALIZAR EL PAGO DE $120.00 en**[**: https://sigerel.dgae.unam.mx/alumnos/login**](%3A%20https%3A/sigerel.dgae.unam.mx/alumnos/login)

**ESTE COMPROBANTE LE SERÁ SOLICITADO AL MOMENTO DE LA ENTREGA DE SU CERTIFICADO**