



Universidad Estatal a Distancia

Oficina de Registro

Tels: 2527-2258 / 2527-2273 Fax: 2283-0727

**SOLICITUD DE ESTUDIOS DE GRADUACIÓN
O SALIDAS LATERALES**

Nombre Completo:		Cédula:	
Telefono Habitación:	Teléfono Celular:	Correo electrónico:	
Lugar de trabajo:	Teléfono:	Extensión:	Fax:

COMPLETE O MARQUE UNA SOLA ALTERNATIVA POR OPCIÓN

Carrera: _____

Título solicitado: Técnico Licenciatura Diplomado Maestría Profesorado Doctorado Bachillerato

Centro Universitario: _____

PAU 1 PT 2 ET 1 MT 1 MT 3 VT 4 Idone. Educa. Especial
 PAU 2 PT 4 ET 2 MT 2 VT 3 Idon. Bibliotec. Idon. Adm Ed

Es funcionario de la UNED: Si No Dependencia donde labora: _____

Es alumno con graduación de Honor: Si No Aprobó Cursos de Extensión: Si No

Usted presenta algún tipo de discapacidad: Si No Indique: Motora Visual Auditiva Otro

DEBE ADJUNTAR PARA GRADUACION Y SALIDA LATERAL

Cuestionario de Graduando Monto ¢ _____
 Fotocopia de Cédula de identidad Recibo # _____

Firmo haciendo constar que llené completamente la información solicitada y que me comprometo a estar en comunicación con el Centro Universitario para saber el progreso de esta solicitud

Firma del estudiante	Fecha	Firma del Funcionario

PARA USO EXCLUSIVO DE OFICINA DE REGISTRO

Colilla de certificación (solo en caso que la requiera)

Revisado por: _____	Nombre del estudiante: _____
	Certificación solicitada: <input type="checkbox"/> Salida Lateral <input type="checkbox"/> Conclusión del plan de estudio (egresado) <input type="checkbox"/> Graduación
	La retira en: Registro <input type="checkbox"/> # DE CeU. _____