



SOLICITUD DE APOYO PARA TITULACIÓN

FECHA: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR (A):

--

CENTRO DE TRABAJO:

--

PLAZA: DOCENTE (___) ADMINISTRATIVA (___)

E-MAIL

--

TEL. OFICIAL

--

CEL.

--

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR DE LA QUE EGRESA:

--

GRADO ADQUIRIDO: _____

NOMBRE DE LA CARRERA: _____

FECHA DE TITULACIÓN: DÍA _____ MES: _____ AÑO _____

SE ANEXA A LA PRESENTE SOLICITUD LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- COPIA DEL TÍTULO PROFESIONAL DEL GRADO OBTENIDO. (Obligatorio)

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE



sindicatocecytebcs@gmail.com



Carretera al Sur, Calle E. Labastida / A. María Ruíz L2,
La Paz B.C.S. C.P. 23088, La Paz, B.C.S.