



FORMULARIO DE CAMBIO DE OPCIÓN DE TITULACIÓN DE POSGRADOS

Este formulario debe ser llenado por los estudiantes que solicitan el cambio de opción de titulación de posgrados. El cambio de opción de titulación será permitido por una sola vez. Por favor, completar las secciones 1, 2 y 3 y enviar el formulario al director de su programa de posgrado. El formulario solo será procesado si es remitido desde el correo electrónico institucional del estudiante.

1. DATOS DEL ESTUDIANTE

Nombres: _____ **Apellidos:** _____
CC: / PAS: _____ **Código:** _____
Correo electrónico: _____ **Teléfono celular:** _____
Programa: _____
Fecha prevista de graduación (mes/año): _____

2. SOLICITUD DE CAMBIO DE OPCIÓN DE TITULACIÓN DE POSGRADOS

2.1. Declaro que a la fecha me he registrado en los siguientes cursos de la Unidad de Titulación de Posgrados:

PRIMERA OPCIÓN DE TITULACIÓN:

CÓDIGO DEL CURSO	NOMBRE DEL CURSO	# DE CRÉDITOS	NOTA OBTENIDA	PERIODO

2.2. Declaro que me han informado acerca de las dos opciones de titulación de mi programa y acerca de las condiciones que regirán el presente cambio de opción de titulación.

NUEVA OPCIÓN DE TITULACIÓN:

EXAMEN COMPLEXIVO

TRABAJO DE TITULACIÓN

3. DECLARACIÓN DE VERACIDAD POR PARTE DEL ESTUDIANTE

Yo _____, con código de estudiante _____, solicito que en el periodo _____, bajo mi código de estudiante me registren en el(los) curso(s) de la Unidad de Titulación de Posgrados que me corresponda(n) de acuerdo con las normas del Reglamento de Régimen Académico vigente expedido por el Consejo de Educación Superior y estructurado(s) para mi programa por la USFQ. Además, autorizo a que se realicen las equivalencias necesarias en mi Kárdex Académico a fin de que se actualice(n) el(los) curso(s) de la Unidad de Titulación que me corresponda(n).

Declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera. En caso contrario me sujetaré al Código de Honor y Convivencia de la USFQ, así como a las normas y procesos internos y/o externos aplicables.

Al enviar este formulario desde mi correo electrónico institucional, reconozco que este mensaje de datos tiene igual valor jurídico que los documentos escritos.

FIRMA DEL ESTUDIANTE: _____

FECHA (dd/mm/aaaa): _____

LAS SIGUIENTES SECCIONES SON PARA USO INTERNO DE LA INSTITUCIÓN

4. DIRECTOR/COORDINADOR DEL PROGRAMA

PERSONA QUE RECIBE: _____

FECHA DE RECEPCIÓN (dd/mm/aaaa): _____ HORA DE RECEPCIÓN: _____

Por favor, llenar la siguiente tabla con los cursos de la Unidad de Titulación de Posgrados que debe tomar el estudiante de acuerdo con la declaratoria del numeral anterior.

CURSOS EN LOS QUE DEBE SER REGISTRADO EL ESTUDIANTE EN EL PERIODO SOLICITADO:

NUEVA OPCIÓN DE TITULACIÓN:

CÓDIGO DEL CURSO	NOMBRE DEL CURSO	NRC DEL CURSO

FECHA DE RESOLUCIÓN (dd/mm/aaaa): _____ HORA DE RESOLUCIÓN: _____

FIRMA DEL DIRECTOR/COORDINADOR DEL PROGRAMA: _____

NOTA: La Oficina de Coordinación del Sistema Académico (OCSA) NO procesará este requerimiento si el director o coordinador del programa no entrega este formulario completo y con la información correcta.

5. OFICINA DE COORDINACIÓN DEL SISTEMA ACADÉMICO (OCSA):

PERSONA QUE RECIBE: _____

FECHA DE RECEPCIÓN (dd/mm/aaaa): _____ HORA DE RECEPCIÓN: _____

FECHA DE REGISTRO (dd/mm/aaaa): _____ HORA DE REGISTRO: _____

FIRMA DEL COORDINADOR OCSA: _____