

**FORMULARIO DE REGISTRO EN LA UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL
CAMBIO DE OPCIÓN DE TITULACIÓN
(POSGRADO)**



Este formulario debe ser llenado por los estudiantes que solicitan **CAMBIO DE OPCIÓN DE TITULACIÓN**. El cambio de opción de titulación será permitido por una sola vez.

1. DATOS DEL ESTUDIANTE

NOMBRES: _____ APELLIDOS: _____

C.I.: _____ CÓDIGO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ TELF. CELULAR: _____

2. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

PROGRAMA: _____

FECHA PREVISTA DE GRADUACIÓN (M/A): _____

MODALIDAD: PRESENCIAL SEMIPRESENCIAL

3. SOLICITUD DE CAMBIO DE OPCIÓN DE TITULACIÓN

3.1. Declaro que a la fecha me he registrado en los siguientes cursos de la Unidad Especial de Titulación.

PRIMERA OPCIÓN DE TITULACIÓN

Código del Curso	Nombre del Curso	Número de Créditos	Nota obtenida	Semestre

3.3. 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.

SEGUNDA OPCIÓN DE TITULACIÓN

EXAMEN COMPLEXIVO

TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo.....con código....., solicito que en el SEGUNDO SEMESTRE 2019-2020, bajo mi código de estudiante me registren en el(los) curso(s) de la Unidad de Titulación Especial que me correspondan de acuerdo con las normas del Reglamento de Régimen Académico vigente expedido por el Consejo De Educación Superior y estructurados 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 Especial que me corresponda(n).

FIRMA DEL ESTUDIANTE

4. DIRECTOR / COORDINADOR DEL PROGRAMA:

PERSONA QUE RECIBE: _____ FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN: _____

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

CURSOS EN LOS QUE DEBE SER REGISTRADO EL ESTUDIANTE EN EL SEGUNDO SEMESTRE 2019-2020

NUEVA OPCIÓN DE TITULACIÓN

Código del Curso	Nombre del Curso	Número de Créditos	NRC del Curso

FECHA Y 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 Y HORA DE RECEPCIÓN: _____

FECHA Y HORA DE REGISTRO: _____

FIRMA DEL COORDINADOR OCSA