



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE EXÁMEN PRIVADO

Lugar y Fecha: _____

Constancia:

Nombre Completo			
DPI		Número de Carné:	
Maestría			
Doctorado			
Fecha de Examen			
Fecha de Graduación			

*Al presentar la solicitud adjuntar copia de la partida de nacimiento y boleta de pago.

Firma del Solicitante

Firma de Recibido