



Fecha: _____
No. Expediente _____

Carné _____

Chimaltenango, _____ de _____ de 201__

Señor Director
 Centro Universitario de Chimaltenango
 Universidad de San Carlos de Guatemala

Yo _____

con el título de _____

_____ de generales ya conocidas en esta Carrera de **Profesorado de Enseñanza Media en Pedagogía y Técnico en Administración Educativa**, señalando para recibir notificaciones _____

Correo electrónico: _____

Teléfonos fijo: _____ Celular: _____

Que habiendo llenado los requisitos previos a optar al Grado Académico de **Profesor(a) de Enseñanza Media en Pedagogía y Técnico en Administración Educativa**. Atentamente solicito que se señale:

PRIMERO:

Solicito se sirva informar el día y hora para la realización de mi Acto de Graduación e imposición de toga de la Carrera de:

Nombre del Supervisor: _____

Dirección: _____ Cel: _____

SEGUNDO:

Previa aprobación del mismo día y hora para efectuar el Acto de Graduación y se autorice como padrinos de dicho acto a los siguientes profesionales:

NOMBRE	TÍTULO PROFESIONAL	No. COLEGIADO
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Agradeciendo la respuesta favorable a mi solicitud me suscribo atentamente,

f. _____