



UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR  
VICE-RECTORADO ACADÉMICO  
DECANATO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

## SOLICITUD DE CONVALIDACION

FECHA DE SOLICITUD: 3/23/200

DATOS DEL ESTUDIANTE	SOLICITADO POR LA COORDINACION DE:
APELLIDOS Y NOMBRES:	DEL PROGRAMA: ESPECIALIZACION: <input type="checkbox"/> MAESTRIA <input type="checkbox"/> DOCTORADO <input type="checkbox"/>
CARNET No.	
CEDULA DE IDENTIDAD. <input checked="" type="checkbox"/> VENEZOLANO No. <input type="checkbox"/> EXTRANJERO No.	AL PROGRAMA ESPECIALIZACION: <input type="checkbox"/> MAESTRIA <input type="checkbox"/> DOCTORADO: <input type="checkbox"/>

CODIGO	DESIGNACION	TRIMESTRE	CREDITOS	NOTA

TOTAL NUMERO DE CREDITOS:

NOMBRE DEL COORDINADOR:	FIRMA
-------------------------	-------

OBSERVACIONES: