

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

DIRECCIÓN DE REGISTRO TÉCNICO



TÍTULO PROFESIONAL DE:

Con mención: ☐ Especialista: ☐ 2da. Especialidad Profesional ☐

En

APELLIDOS Y NOMBRES:

NÚMERO DE MATRÍCULA: D.N.I.

FECHA DE NACIMIENTO:

FACULTAD DE:

ESCUELA PROFESIONAL DE: SEDE:

UNIDAD DE 2DA. ESPECIALIDAD EN :

PROGRAMAS EXTRAORDINARIOS DE FORMACIÓN DOCENTE : SEDE

DOMICILIO:

TELÉFONO FIJO: TELÉFONO CELULAR

CORREO ELECTRÓNICO:

MODALIDAD PARA OBTENER EL TÍTULO

FECHA DE SUSTENTACIÓN: FECHA DE COLACIÓN:

CENTRO DE TRABAJO

PROCEDENCIA DE COLEGIO: Nacional ☐ Particular ☐

DOY FE QUE MIS DATOS SON CONFORME
FIRMA