



# INFORME ACADÉMICO DE ACEPTACIÓN RECONOCIMIENTO DE ESTUDIOS POR HOMOLOGACIÓN

Fecha De la Solicitud		
<b>A.- IDENTIFICACION DEL ALUMNO</b>		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Carrera		
Unidad Académica		

<b>B.- INFORME DE LA UNIDAD ACADÉMICA</b>	
Asignatura(s) base	Asignatura(s) por la(s) que se solicita reconocimiento

<b>C.- DATOS DEL PROFESOR INFORMANTE</b>		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

<b>D.- FUNDAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Rechazar No cumple con el mínimo requerido.	
_____	Fecha: DD/MM/AAAA
Firma del Profesor Informante	
_____	_____
V°B° Jefe de Docencia Timbre y Firma	V°B° Secretario Académico Timbre y Firma

<b>USO EXCLUSIVO DPD</b>	
Fecha de recepción	