Manizales, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Señor(a)

(Nombre del director de programa en mayúscula sostenida)

Director(a) del programa de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Universidad Católica de Manizales – UCM

Asunto: Solicitud estudio de homologación

Cordial saludo:

Mi nombre es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con código \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ estudiante del programa de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y de manera atenta me permito solicitar el estudio de homologación de las asignaturas cursadas en el programa de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en la Universidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para lo cual adjunto la documentación requerida expedida por la oficina de Registro Académico:

* Certificado de notas
* Contenidos programáticos

Atentamente,

(Nombre completo del estudiante en mayúscula sostenida)

(Número de identificación)

(Correo electrónico institucional)

(Número de celular)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elaboró** | **Revisó** | **Aprobó** | **Fecha de vigencia** |
| Dirección Docencia y Formación | Vicerrectoría AcadémicaDecanos Directores de programas académicos presenciales y a distancia Directores de unidades académicas Dirección de Aseguramiento de CalidadDirección de Planeación | Rectoría | Noviembre de 2015 |

 **CONTROL DE CAMBIOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **ITEM** | **MODIFICACIÓN** |
|  |  |