UNIVERSIDAD MARIANO GÁLVEZ DE GUATEMALA
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO
Solicitud de Equiparaciones

Carné No. ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐☐

Nombre: _____ Carrera: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono No.: _____

Señor Decano, Director de escuela facultativa,

Atentamente solicito se me conceda equiparación
de los cursos que he aprobado en la carrera de: _____

de la UNIVERSIDAD MARIANO GÁLVEZ, que a continuación se detallan:

Campus Central: ☐ Centro Universitario: _____

Observación: Escribir en letra de molde sin tachones ni enmiendas.

Código	Nombre del Curso	Código	Nombre Curso en U.M.G.

Observación: Si el o los cursos que solicita tienen pre-requisito, acompañar certificación en original de los mismos.

Acompaño a la presente:
✓ Certificación en original de los Cursos Aprobados

FECHA: _____

FIRMA: _____