



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA SUR  
Dirección de Servicios Escolares  
Departamento de Declaración de Equivalencias,  
Revalidación de Estudios y Exámenes Profesionales

**SOLICITUD DE EXAMEN DE GRADO**

La Paz, B.C.S, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

C. JEFE DEL DEPARTAMENTO DE DECLARACIÓN DE EQUIVALENCIAS,  
REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS Y EXÁMENES PROFESIONALES,  
P R E S E N T E.

Una vez cubiertos todos los requisitos que marca esa Dirección para la presentación de **EXAMEN DE GRADO**, solicito se programe la fecha para defender la Tesis o Proyecto Terminal que titulo: \_\_\_\_\_

Y de conformidad con el Reglamento General de Estudios vigente, obtener el **GRADO DE (INCLUYENDO LA OPCION TERMINAL U ORIENTACIÓN)**: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

(como aparecerá en el Título)

DOMICILIO : \_\_\_\_\_

COLONIA: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

TELEFONO O CELULAR: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**A T E N T A M E N T E**

\_\_\_\_\_  
**Firma**