|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTAMENTO DE POSGRADOS**  **UNIDAD DE TITULACIÓN**  **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA EXAMEN COMPLEXIVO** | | | | | |
| Nombres: |  | Apellidos: | |  | |
| Programa: |  | | | | Versión: |
| N° Cédula: |  | Teléfonos: | |  | |
| Correo electrónico: |  | | Fecha de entrega: | | |
| **Señora Directora:**  Por medio del presente solicito a usted se sirva disponer mi registro en la Unidad de Titulación del programa de posgrado, conforme a los datos consignados en el presente formulario y a mi situación académica actual.  De conformidad con el **INSTRUCTIVO PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN (UTE) EN LOS PROGRAMAS DE POSGRADO**, manifiesto mi decisión de acogerme a:  **Examen de grado de carácter complexivo, de acuerdo al procedimiento establecido en el Art. 10, numeral 3, literal a) del instructivo.**    Declaro que conozco y me sujeto a las normas, instrumentos, procedimientos y demás disposiciones de la Universidad del Azuay y sus órganos, en relación con la opción de titulación escogida. Así como al pago correspondiente a los valores establecidos por el Reglamento de Aranceles, en caso que corresponda.  Atentamente,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del estudiante | | | | | |