

**SECRETARÍA GENERAL**

**DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS ESCOLARES**

**SOLICITUD DE TÍTULO ELECTRÓNICO PROFESIONAL**

**Bachillerato Bivalente**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de solicitud:** (día, mes, año) |  |

Para ser llenado por el interesado:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL INTERESADO** | | | | | | |
| **Nombre:** | Apellido Paterno | | Apellido Materno | | Nombre (s) | |
| Matrícula: | | | | | | |
| Carrera: | | | | | | |
| Unidad Académica: | | | | | | |
| Clave Única del Registro de Población (CURP): | | | | | | |
| **Correo Electrónico:** | | | | | | |
| **Teléfono Casa:** | |  | | **Teléfono Celular:** | |  |

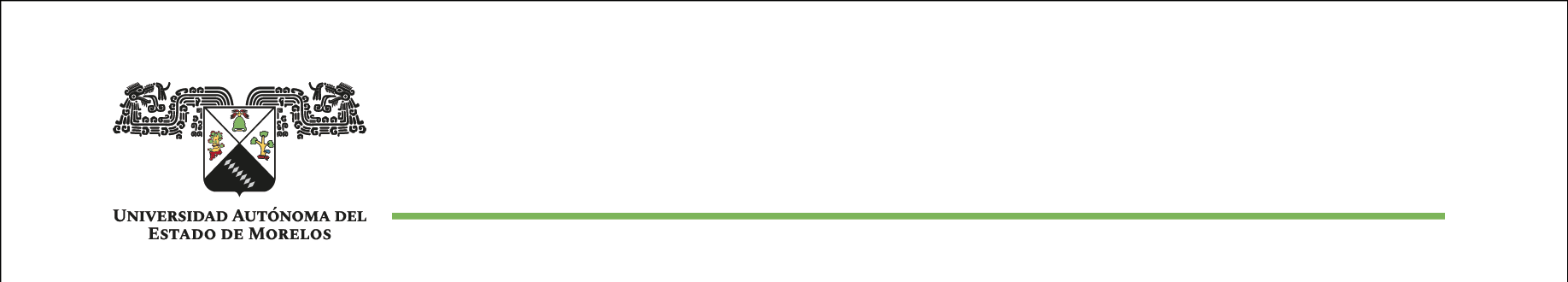
Para ser llenado por la Unidad Académica:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL EGRESADO CON TÍTULO PROFESIONAL** | | | |
| Acta de Nacimiento (actualizada, en original y copia simple) |  | Fecha de Titulación Profesional (día, mes, año): | |
| Clave Única de Registro de Población (copia simple) |  |
| Comprobante de Pre-registro (original)\* |  |
| Certificado Total de Secundaria (original y copia simple) |  |
| Certificado Total de Estudios de Bachillerato Bivalente (original y copia simple) |  | Fecha de Expedición de Título Profesional (día, mes, año): | |
| Constancia de Cumplimiento del Servicio Social  (original y copia simple) |  |
| Acta de Evaluación Profesional (original y copia simple) |  |
| Título Profesional  (copia simple legible por ambos lados tamaño carta) |  |
| Pago de Título Electrónico (original y copia simple) |  |  | |
| **DOCUMENTACIÓN PROPORCIONADA POR EL EGRESADO EN TRÁMITE DE TITULACIÓN PROFESIONAL** | | | |
| Acta de Nacimiento (actualizada, en original y copia simple). | | |  |
| Clave Única de Registro de Población (copia simple) | | |  |
| Comprobante de Pre-registro (original)\* | | |  |

\*[http://titulos.uaem.mx/pre-registro](https://www.google.com/url?q=http://titulos.uaem.mx/pre-registro&sa=D&source=hangouts&ust=1541539042358000&usg=AFQjCNFJ0O201UfM8LvtFlexbFTYu-ndcg)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada es verídica y que los documentos que acompaño son auténticos, asimismo, manifiesto que mientras no cambie mi correo electrónico, estoy de acuerdo en que todas las notificaciones se me realicen por el mismo medio señalado, deslindando a la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, de cualquier situación que derive de ello.  Firma del interesado | Jefe de Control Escolar de la Unidad Académica, responsable de la revisión y cotejo de la información plasmada en el presente documento.  Nombre y firma | Personal de la Dirección General de Servicios Escolares, responsable de la revisión y cotejo de la información plasmada en el presente documento.  Nombre y firma |

****

**SECRETARÍA GENERAL**

**DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS ESCOLARES**

**SOLICITUD DE TÍTULO ELECTRÓNICO PROFESIONAL**

**Licenciatura**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de solicitud:** (día, mes, año) |  |

Para ser llenado por el interesado:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL INTERESADO** | | | | | | |
| **Nombre:** | Apellido Paterno | | Apellido Materno | | Nombre (s) | |
| Matrícula: | | | | | | |
| Carrera: | | | | | | |
| Unidad Académica: | | | | | | |
| Clave Única del Registro de Población (CURP): | | | | | | |
| **Correo Electrónico:** | | | | | | |
| **Teléfono Casa:** | |  | | **Teléfono Celular:** | |  |

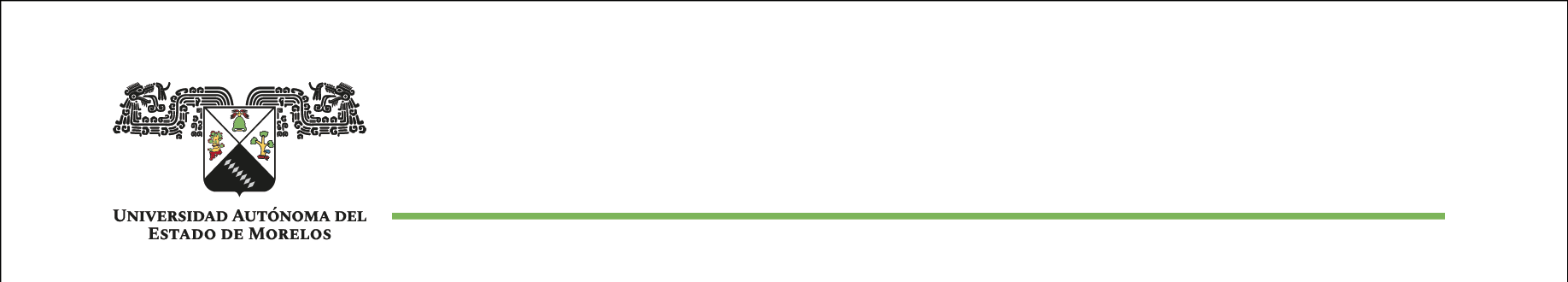
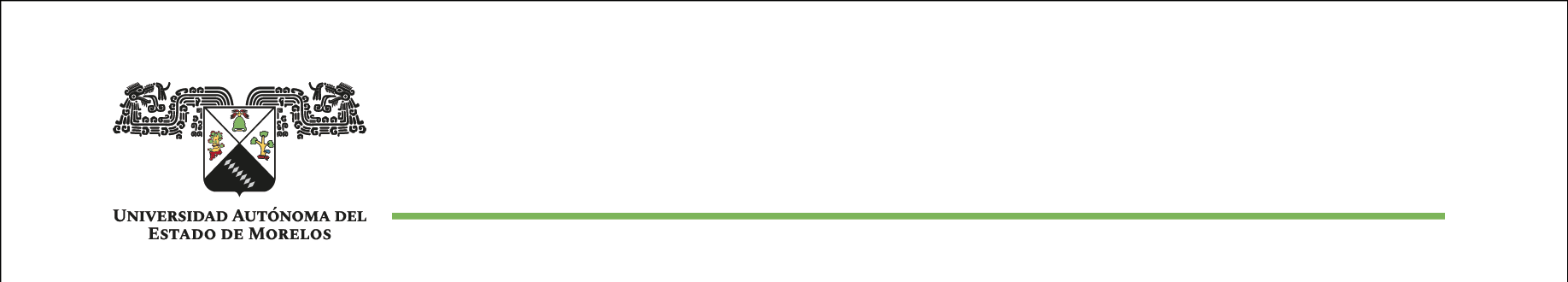
Para ser llenado por la Unidad Académica:

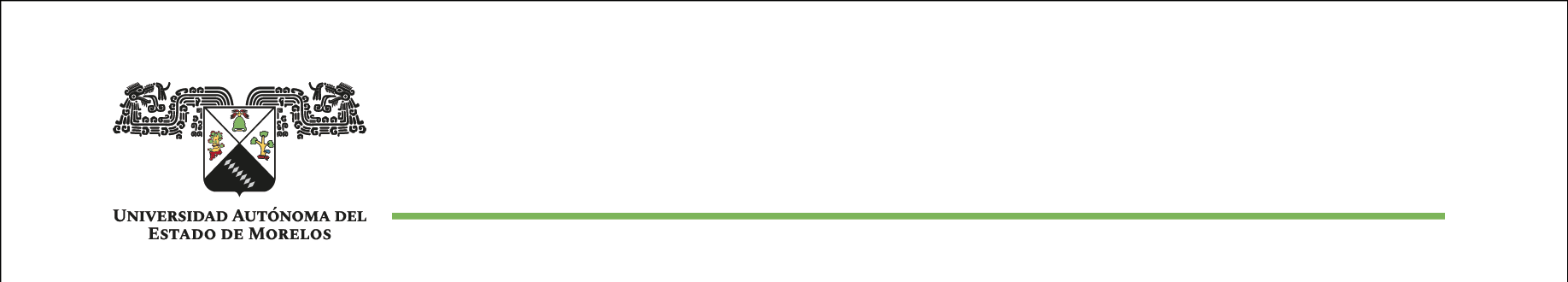
|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL EGRESADO CON TÍTULO PROFESIONAL** | | | |
| Acta de Nacimiento (actualizada, en original y copia simple) |  | Fecha de Titulación Profesional (día, mes, año): | |
| Clave Única de Registro de Población (copia simple) |  |
| Comprobante de Pre-registro (original)\* |  |
| Certificado Total de Bachillerato (original y copia simple) |  |
| Certificado Total de Estudios de Licenciatura  (original y copia simple) |  | Fecha de Expedición de Título Profesional (día, mes, año): | |
| Constancia de Cumplimiento del Servicio Social  (original y copia simple) |  |
| Acta de Evaluación Profesional  (original y copia simple) |  |
| Título Profesional  (copia simple legible por ambos lados tamaño carta) |  |
| Pago de Título Electrónico (original y copia simple) |  |  | |
| **DOCUMENTACIÓN PROPORCIONADA POR EL EGRESADO EN TRÁMITE DE TITULACIÓN PROFESIONAL** | | | |
| Acta de Nacimiento (actualizada, en original y copia simple) | | |  |
| Clave Única de Registro de Población (copia simple) | | |  |
| Comprobante de Pre-registro (original)\* | | |  |

\*[http://titulos.uaem.mx/pre-registro](https://www.google.com/url?q=http://titulos.uaem.mx/pre-registro&sa=D&source=hangouts&ust=1541539042358000&usg=AFQjCNFJ0O201UfM8LvtFlexbFTYu-ndcg)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada es verídica y que los documentos que acompaño son auténticos, asimismo, manifiesto que mientras no cambie mi correo electrónico, estoy de acuerdo en que todas las notificaciones se me realicen por el mismo medio señalado, deslindando a la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, de cualquier situación que derive de ello.  Firma del interesado | Jefe de Control Escolar de la Unidad Académica, responsable de la revisión y cotejo de la información plasmada en el presente documento.  Nombre y firma | Personal de la Dirección General de Servicios Escolares, responsable de la revisión y cotejo de la información plasmada en el presente documento.  Nombre y firma |

****



**SECRETARÍA GENERAL**

**DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS ESCOLARES**

**SOLICITUD DE DIPLOMA ELECTRÓNICO DE ESPECIALIDAD**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de solicitud:** (día, mes, año) |  |

Para ser llenado por el interesado:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL INTERESADO** | | | | | | |
| **Nombre:** | Apellido Paterno | | Apellido Materno | | Nombre (s) | |
| Matrícula: | | | | | | |
| Especialidad: | | | | | | |
| Unidad Académica: | | | | | | |
| Clave Única del Registro de Población (CURP): | | | | | | |
| **Correo Electrónico:** | | | | | | |
| **Teléfono Casa:** | |  | | **Teléfono Celular:** | |  |

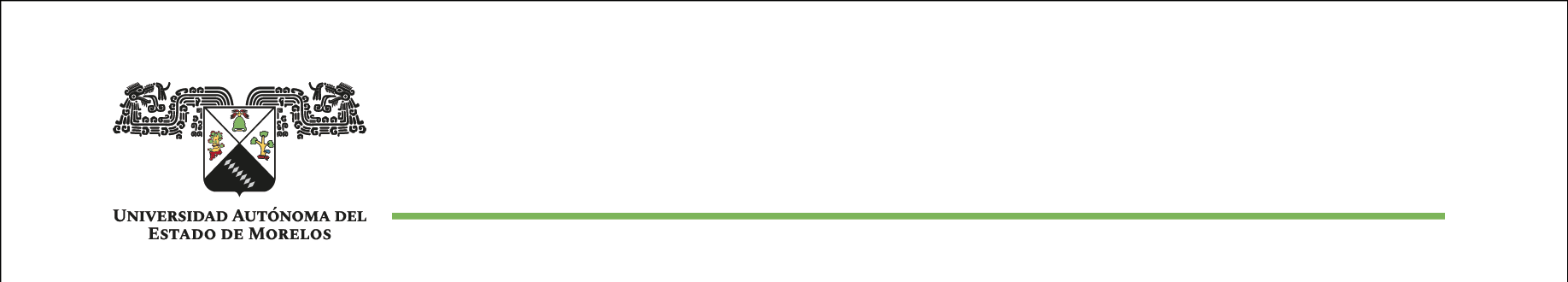
Para ser llenado por la Unidad Académica:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL EGRESADO CON DIPLOMA DE ESPECIALIDAD** | | | |
| Acta de Nacimiento (actualizada, en original y copia simple) |  | Fecha de Examen de Grado de Especialidad (día, mes, año): | |
| Clave Única de Registro de Población (copia simple) |  |
| Comprobante de Pre-registro (original)\* |  |
| Certificado Total de Licenciatura (copia simple) |  |
| Título de Licenciatura (copia simple) |  | Fecha de Expedición de Diploma de Especialidad (día, mes, año): | |
| Cédula de Licenciatura (copia simple) |  |
| Certificado Total de Especialidad (original y copia simple) |  |
| Acta de Examen de Especialidad (original y copia simple) |  |
| Diploma de Especialidad  (copia simple legible por ambos lados tamaño carta) |  |
| Pago de Diploma Electrónico de Especialidad (original y copia simple) |  |  | |
| **DOCUMENTACIÓN PROPORCIONADA POR EL EGRESADO EN TRÁMITE DE EXAMEN DE OBTENCIÓN DE GRADO DE ESPECIALIDAD** | | | |
| Acta de Nacimiento (actualizada, en original y copia simple) | | |  |
| Clave Única de Registro de Población (copia simple) | | |  |
| Comprobante de Pre-registro (original)\* | | |  |

\*[http://titulos.uaem.mx/pre-registro](https://www.google.com/url?q=http://titulos.uaem.mx/pre-registro&sa=D&source=hangouts&ust=1541539042358000&usg=AFQjCNFJ0O201UfM8LvtFlexbFTYu-ndcg)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada es verídica y que los documentos que acompaño son auténticos, asimismo, manifiesto que mientras no cambie mi correo electrónico, estoy de acuerdo en que todas las notificaciones se me realicen por el mismo medio señalado, deslindando a la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, de cualquier situación que derive de ello.  Firma del interesado | Jefe de Control Escolar o Coordinador de Posgrado de la Unidad Académica, responsable de la revisión y cotejo de la información plasmada en el presente documento.  Nombre y firma | Personal de la Dirección General de Servicios Escolares, responsable de la revisión y cotejo de la información plasmada en el presente documento.  Nombre y firma |

****

 **SECRETARÍA GENERAL**

**DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS ESCOLARES**

**SOLICITUD DE TÍTULO ELECTRÓNICO DE GRADO DE MAESTRÍA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de solicitud:** (día, mes, año) |  |

Para ser llenado por el interesado:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL INTERESADO** | | | | | | |
| **Nombre:** | Apellido Paterno | | Apellido Materno | | Nombre (s) | |
| Matrícula: | | | | | | |
| Maestría: | | | | | | |
| Unidad Académica: | | | | | | |
| Clave Única del Registro de Población (CURP): | | | | | | |
| **Correo Electrónico:** | | | | | | |
| **Teléfono Casa:** | |  | | **Teléfono Celular:** | |  |

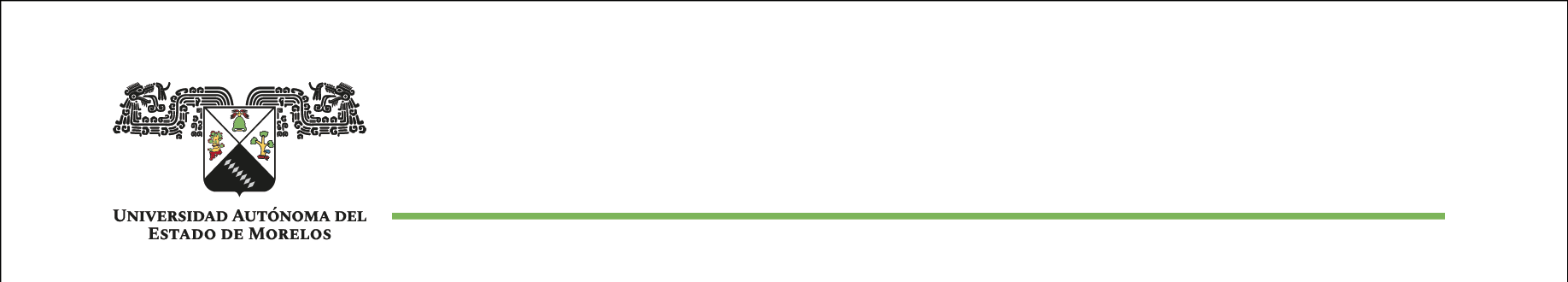
Para ser llenado por la Unidad Académica:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL EGRESADO CON TÍTULO DE GRADO DE MAESTRÍA** | | | |
| Acta de Nacimiento (actualizada, en original y copia simple) |  | Fecha de Examen de Grado de Maestría (día, mes, año): | |
| Clave Única de Registro de Población (copia simple) |  |
| Comprobante de Pre-registro (original)\* |  |
| Certificado Total de Licenciatura (copia simple) |  |
| Título de Licenciatura (copia simple) |  | Fecha de Expedición de Título de Grado de Maestría (día, mes, año): | |
| Cédula de Licenciatura (copia simple) |  |
| Certificado Total de Maestría (original y copia simple) |  |
| Acta de Examen de Grado de Maestría (original y copia simple) |  |
| Título de Grado de Maestría  (copia simple legible por ambos lados tamaño carta) |  |
| Pago de Título Electrónico de Grado de Maestría (original y copia simple) |  |  | |
| **DOCUMENTACIÓN PROPORCIONADA POR EL EGRESADO EN TRÁMITE DE EXAMEN DE OBTENCIÓN DE GRADO DE MAESTRÍA** | | | |
| Acta de Nacimiento (actualizada, en original y copia simple) | | |  |
| Clave Única de Registro de Población (copia simple) | | |  |
| Comprobante de Pre-registro (original)\* | | |  |

\*[http://titulos.uaem.mx/pre-registro](https://www.google.com/url?q=http://titulos.uaem.mx/pre-registro&sa=D&source=hangouts&ust=1541539042358000&usg=AFQjCNFJ0O201UfM8LvtFlexbFTYu-ndcg)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada es verídica y que los documentos que acompaño son auténticos, asimismo, manifiesto que mientras no cambie mi correo electrónico, estoy de acuerdo en que todas las notificaciones se me realicen por el mismo medio señalado, deslindando a la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, de cualquier situación que derive de ello.  Firma del interesado | Jefe de Control Escolar o Coordinador de Posgrado de la Unidad Académica, responsable de la revisión y cotejo de la información plasmada en el presente documento.  Nombre y firma | Personal de la Dirección General de Servicios Escolares, responsable de la revisión y cotejo de la información plasmada en el presente documento.  Nombre y firma |

****

 **SECRETARÍA GENERAL**

**DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS ESCOLARES**

**SOLICITUD DE TÍTULO ELECTRÓNICO DE GRADO DE DOCTORADO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de solicitud:** (día, mes, año) |  |

Para ser llenado por el interesado:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL INTERESADO** | | | | | | |
| **Nombre:** | Apellido Paterno | | Apellido Materno | | Nombre (s) | |
| Matrícula: | | | | | | |
| Doctorado: | | | | | | |
| Unidad Académica: | | | | | | |
| Clave Única del Registro de Población (CURP): | | | | | | |
| **Correo Electrónico:** | | | | | | |
| **Teléfono Casa:** | |  | | **Teléfono Celular:** | |  |

Para ser llenado por la Unidad Académica:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL EGRESADO CON TÍTULO DE GRADO DE DOCTORADO** | | | |
| Acta de Nacimiento (actualizada, en original y copia simple) |  | Fecha de Examen de Grado de Doctorado (día, mes, año): | |
| Clave Única de Registro de Población (copia simple) |  |
| Comprobante de Pre-registro (original)\* |  |
| Certificado Total de Maestría (copia simple) |  |
| Título de Grado de Maestría (copia simple) |  | Fecha de Expedición de Título de Grado de Doctorado (día, mes, año): | |
| Cédula de Maestría (copia simple) |  |
| Certificado Total de Doctorado (original y copia simple) |  |
| Acta de Examen de Grado de Doctorado (original y copia simple) |  |
| Título de Grado de Doctorado  (copia simple legible por ambos lados tamaño carta) |  |
| Pago de Título Electrónico de Grado de Doctorado  (original y copia simple) |  |  | |
| **DOCUMENTACIÓN PROPORCIONADA POR EL EGRESADO EN TRÁMITE DE EXAMEN DE OBTENCIÓN DE GRADO DE DOCTORADO** | | | |
| Acta de Nacimiento (actualizada, en original y copia simple) | | |  |
| Clave Única de Registro de Población (copia simple) | | |  |
| Comprobante de Pre-registro (original)\* | | |  |

\*[http://titulos.uaem.mx/pre-registro](https://www.google.com/url?q=http://titulos.uaem.mx/pre-registro&sa=D&source=hangouts&ust=1541539042358000&usg=AFQjCNFJ0O201UfM8LvtFlexbFTYu-ndcg)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada es verídica y que los documentos que acompaño son auténticos, asimismo, manifiesto que mientras no cambie mi correo electrónico, estoy de acuerdo en que todas las notificaciones se me realicen por el mismo medio señalado, deslindando a la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, de cualquier situación que derive de ello.  Firma del interesado | Jefe de Control Escolar o Coordinador de Posgrado de la Unidad Académica, responsable de la revisión y cotejo de la información plasmada en el presente documento.  Nombre y firma | Personal de la Dirección General de Servicios Escolares, responsable de la revisión y cotejo de la información plasmada en el presente documento.  Nombre y firma |

****