



# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL CARMEN

Dirección General de Servicios al Estudiante  
Dirección de Control Escolar

## SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DE HISTORIAL ACADÉMICO CERTIFICACIÓN DE ESTUDIOS

Nivel: (Secundaria, Bachillerato, Licenciatura, y Posgrado)

### Leyenda de Informar

De acuerdo a lo previsto en la "LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES DEL ESTADO DE CAMPECHE Y SUS MUNICIPIOS" LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL CARMEN declara ser una Institución Pública legalmente constituida de conformidad con las leyes mexicanas, con domicilio ubicado en Calle 56 Núm. 4 esquina con Av. Concordia, Colonia Benito Juárez, CP. 24180, Ciudad del Carmen Campeche, México; su información personal será utilizada para realizar las actividades pertinentes al trámite de verificación de historial académico y por lo cual deberá otorgar los datos personales que a continuación se mencionan en el formato. Los datos señalados con un \*asterisco son obligatorios de aportar, y sin ellos no podrá acceder al servicio o completar el trámite. Para mayor información sobre el tratamiento de sus datos personales usted puede ingresar al siguiente link: [http://www.unacar.mx/unacar/Documentos/Leyenda\\_de\\_Informar\\_de\\_Datos\\_Personales.pdf](http://www.unacar.mx/unacar/Documentos/Leyenda_de_Informar_de_Datos_Personales.pdf)

AL TACHAR ESTE CUADRO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE MIS DATOS PERSONALES, Y ACEPTO HABER LEÍDO Y ENTENDIDO EL AVISO DE PRIVACIDAD ANTES MENCIONADO.

Sello  
inicio de verificación

\_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año  
Fecha Respuesta

Datos Generales	
*Nombre Completo:	
*Matrícula:	*Teléfono Particular:
*E-mail:	
*Escuela o Facultad:	
*Programa Educativo:	
*Periodo de Estudios:	Inicio: _____ (Mes/Año)
	Término: _____ (Mes/Año)
¿Realizó sus estudios en la misma Escuela? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nota: Al marcar "no" tendrá que llenar el siguiente recuadro →	Nombre de la Escuela
	Periodo Escolar
Observaciones:	_____

**Comprobante para el usuario**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela/Facultad: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de verificación: \_\_\_\_\_

Fecha de respuesta: \_\_\_\_\_

- ✓ Si cuenta el interesado con copia del documento del cual requiere la certificación se adjuntara a la solicitud.
- ✓ El tiempo de respuesta del trámite de verificación son de 20 días hábiles, si la información que se proporciona es correcta.
- ✓ La vigencia de la verificación para iniciar trámite de certificación es de 3 meses a partir de la fecha de respuesta.