



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL CARMEN**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS AL ESTUDIANTE**  
**Dirección de Control Escolar**

**Solicitud de Certificación**  
**Profesional Asociado, Licenciatura, Maestría y Doctorado**

**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 expedición de Título y Cédula Profesional de Licenciatura y Profesional Asociado 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.

Fecha de la solicitud para ser llenado por la **DCE**:

**Datos Personales:**

Nombre Completo:

(Iniciando por el nombre(s) seguido de los apellidos escrito con letra script en mayúsculas y minúsculas con la acentuación correspondiente)

Matrícula\*:

**Datos Escolares:**

Facultad o DES:	<input type="text"/>
Programa Educativo:	<input type="text"/>

**Datos Generales:**

Teléfono Particular:	<input type="text"/>	E-mail:	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---------	----------------------

**Trámite de Certificación que solicita:**

Certificación de Acta de Examen Profesional	<input type="checkbox"/>
Certificación de Título Profesional	<input type="checkbox"/>

Motivo:

**Documentos anexos a la Solicitud:**

	Para ser llenado por la <b>DCE</b>	
	Original	Copia
Copia del acta de examen profesional o título (Técnico, Profesional Asociado, Licenciatura, Especialidad, Maestría o Doctorado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Original del recibo de pago de los aranceles correspondientes (Certificación de Acta de examen profesional o título)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dos originales de la solicitud de Certificación de Acta de Examen Profesional o Título requisitada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seis fotografías cuadradas, tamaño credencial de 3.5 x 5 cm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada es verídica y que los documentos que acompaño son auténticos.

\_\_\_\_\_  
Firma del interesado

**IMPORTANTE:**

- **Presentar documentación requerida**
- La falta de uno de los requisitos o de autenticidad de uno de los documentos DETIENE automáticamente la emisión del documento.
- Las copias deben ser en **tamaño carta legible**, debidamente ordenadas.
- Especificaciones de las fotografías: Papel mate, en blanco y negro, con retoque, traje color gris, fondo blanco, no instantáneas, ni digitalizadas, sin gafas, sin flecos, sin bigotes y accesorios discretos.
- Presentar esta solicitud en la ventanilla de la Dirección de Control Escolar (**DCE**), debidamente requisitada en 2 tantos.
- Tiempo de entrega: **10 días hábiles**.
- **Presentar identificación oficial vigente al momento de recibir la certificación (IFE, pasaporte o cartilla del servicio militar).**