



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE HONDURAS
“NUESTRA SEÑORA REINA DE LA PAZ”

SOLICITUD DE REPOSICION DE TITULO

Información llenada por el solicitante:

Campus perteneciente: _____	Fecha: ____/____/____
No. de Cuenta: _____	Carrera: _____
Nombre del Alumno: _____	
Correo electrónico(actual) _____	
Teléfono celular / Teléfono fijo _____	
Explique la razón por la cual solicita la reposición del título de graduación:	

Firma del solicitante

Requisitos:

1. Realizar y adjuntar el pago de Reposición de Título.
2. Adjuntar fotografía digital,
 Damas: Camisa blanca de cuello y saco negro abotonado.
 Caballero: Camisa blanca, saco negro corbata negra.

El documento físico se entregará en el campus que usted indique le sea entregado, se le confirmará mediante el correo electrónico cuando su documentación esté lista.

Información llenada por la Unidad de Registro correspondiente:

USO EXCLUSIVO DE REGISTRO Y SECRETARIA GENERAL

DATOS DE GRADUACION ANTERIOR	DATOS DE REPOSICION
FECHA DE GRADUACION: _____	FECHA DE GRADUACION: _____
ACTA: _____	ACTA: _____
FOLIO: _____	FOLIO: _____
TOMO: _____	TOMO: _____

Nombre y firma del responsable de Registro

Original: Registro

Copia: adjuntar al expediente del estudiante