Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Físicas y Matemáticas
Departamento de Control Académico

Fecha: _____

Solicitud de Convalidaciones por cambio de carrera

Nombres y apellidos del estudiante			
No. de Carné			
Carrera Anterior		**Carrera Actual**	
Código	Curso	Código	Curso

Observaciones. _____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma de estudiante: _____

Edificio T-1, Segundo nivel Laboratorio 2, Ciudad Universitaria Zona 12
Tel. 2418-8000 Ext. 82690
E-mail: fisica@ecfm.usac.edu.gt
matematica@ecfm.usac.edu.gt
http://ecfm.usac.edu.gt