



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



Fecha: _____

Solicitud de Convalidaciones para carreras simultaneas

Nombres y apellidos del estudiante	
No. de Carné	
Carrera	
Traslado a carrera	
Código	
Curso	

Observaciones: _____

Firma estudiante: _____