



UNIVERSIDAD DE
SAN BUENAVENTURA
MEDELLÍN

SECRETARÍA SECCIONAL

SOLICITUD DE DUPLICADO DE DIPLOMA Y/O ACTA DE GRADO

Fecha: _____ Programa: _____

Título obtenido: _____

Especifique el motivo por el cual está solicitando el duplicado de Acta _____ Diploma _____

Robo: _____ Deterioro: _____ Pérdida: _____ Otro: _____

Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido
---------	-----------------	------------------

(Como aparece en su cédula de ciudadanía, para evitar costos y contratiempos al elaborar el duplicado del documento)

C.C _____ De: _____

Fecha de grado: _____

Dirección: _____

Teléfonos: _____

ATENCIÓN:

Con base en la anterior información se elaborará el duplicado de su Diploma o Acta de Grado: cualquier olvido u omisión, serán de su responsabilidad, y le acarrearán contratiempos y costos adicionales.

Firma: _____

Recibido: _____