

AUTORIZACIÓN DE MATRÍCULA 2017-2

Yo, \_\_\_\_\_ Director de la Escuela Profesional de \_\_\_\_\_, asumo toda responsabilidad por autorizar al alumno:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

CÓDIGO ALUMNO	ESPECIALIDAD	CICLO ACADÉMICO

Quien, ya registró en el sistema SIGA su matrícula en los siguientes cursos:

CÓDIGO CURSO	NOMBRE DEL CURSO MATRICULADO A LA FECHA	SEC.	N°CRED	PERTENECE AL CICLO N°
Total de créditos registrados				

a inscribirse adicionalmente al (los) curso(s) de:

CÓDIGO CURSO	NOMBRE DEL CURSO QUE DESEA MATRICULARSE	SEC.	N°CRED	PERTENECE AL CICLO N°

**Marque el motivo de la autorización:**

No habilitó el número total de créditos ( )      Ampliación de créditos ( )

Otros ( )      Explique: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO  
DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL