

AUTORIZACIÓN DE MATRÍCULA 2019-1
AMPLIACIÓN DE VACANTES

Como Director de la Escuela Profesional de _____ autorizo ampliar 01 vacante para el 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	CRED	PERTENECE AL CICLO N°
Total de créditos registrados				

Y desea inscribirse adicionalmente al curso de:

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

Fecha: ____/____/____

 FIRMA Y SELLO
 DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL