UNIVERSIDAD MARIANO GÁLVEZ DE GUATEMALA

Dirección General de Registro y Control Académico

SOLICITUD DE EQUIPARACIÓN

No. Documento de pago

Número de carné Actual

Nombre:_____

Correo Electrónico:_____ No. de Teléfono: _____

Señor Decano, Director de Escuela facultativa,

Atentamente solicito se me conceda equiparación de los cursos que he aprobado en la (s) carrera (s) de:

_____

Campus Central: ☐ Centro Universitario:_____

Código y Nombre de Acuerdo a la carrera o Pensum donde tiene Aprobados los Cursos			Código y Nombre de Acuerdo a la Carrera o Pensum al que Trasladará los Cursos		
Código		**Nombre del Curso**	**Código**		**Nombre del Curso**
Carrera	Curso		Carrera	Curso	

Instrucciones:

- **Si el o los cursos que solicita tienen prerrequisito, acompañar escaneada o en aplicación de escáner los mismos (no fotografía).**
- **Completar el formulario correctamente en digital o con letra clara y legible.**
- **Cualquier duda para completar el formulario, escribir a los correos de su Facultad o Escuela Facultativa** https://uvirtual.umg.edu.gt/directory
- **Al momento de escanear los documentos identificarlos de la siguiente forma:**
  - **Formulario de pago: pago_codigo de carrera-año-correlativo, ejemplo, pago_090-14-5568**
  - **Formulario de equiparación: form_codigo de carrera-año-correlativo, ejemplo, form_090-14-5568**
  - **Certificación de cursos: cert_codigo de carrera-año-correlativo, ejemplo, Cert_090-14-5568**

Descargue este formulario, enlace https://umg.edu.gt/informacion-general-y-procedimientos/gestiones-registro/

Fecha de solicitud: _____ **Firma:** _____