ORI Oficina de Registro e Información

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

SOLICITUD DE REPOSICIÓN DE TÍTULO(S)

Fecha: --- ---

M.B.A. José Rvera Monge
Director
Oficia de Registro e Información

Estimado señor:

Yo _____ _____ _____
Nombre completo Nº Identificación Nº Carné

Declaro bajo juramento con el propósito de solicitar reposición, que el(los) siguiente(s) título(s) obtenidos en la Universidad de Costa

_____

_____

☐ se ha(n) extraviado ☐ ha(n) sido robados ☐ se ha(n) quemado

☐ se ha(n) deteriorado ☐ Otro _____

Aporto los siguientes números telefónicos a los que me pueden contactar:

1. _____ 2. _____

_____

Firma *

** La firma puede ser digital o bien firmarlo (igual al documento oficial de identidad) con bolígrafo y luego escanearlo o fotografiarlo.*