

SOLICITUD DE REPOSICIÓN DE TÍTULO

Fecha: _____

M.B.A. José A. Rivera Monge
Director
Oficina de Registro e Información

Yo _____, _____, _____
Nombre completo *N° documento de identidad* *N° de Carné*

Declaro bajo juramento que mi(s) título(s), obtenido(s) en la Universidad de Costa Rica, de:

- Se me ha(n) extraviado Me ha(n) sido robado(s) Se quemaron
- Se han deteriorado Otro _____

Presento esta declaración con el propósito de solicitar reposición de mi(s) título(s).

SELLO Y FIRMA
RECIBIDO OFICINA DE
REGISTRO E
INFORMACIÓN

Firma

Correo electrónico (*campo obligatorio*)

Teléfono 1

Teléfono 2

COMPROBANTE DE SOLICITUD DE REPOSICIÓN DE TÍTULO(S)

Nombre

N° de carné

Título(s): _____

SELLO Y FIRMA
RECIBIDO OFICINA DE
REGISTRO E
INFORMACIÓN