 MUNICIPIO, Gto., a FECHA

**ASUNTO:** **SOLICITUD DE REVALIDACIÓN**

NOMBRE DEL DIRECTOR

DIRECTOR DE LA DIVISIÓN

CAMPUS IRAPUATO - SALAMANCA

**P R E S E N T E**

El que suscribe, NOMBRE (NUA:XXXXX) estudiante de la Lic. en PROGRAMA (clave del programa), a través del presente me permito solicitarle de la manera más atenta la **REVALIDACIÓN.**

Los motivos para dicha solicitud son los siguientes:

Sin otro particular por el momento y agradeciendo de antemano la atención prestada, me despido haciéndole llegar mis más cordiales saludos.

|  |
| --- |
| **A T E N T A M E N T E** |
|  |
| **Nombre, Firma, NUA y Correo Electrónico** |

Incluir a esta solicitud:

* Impresión de Kárdex o Certificado Parcial de Estudios.
* Solicitud a realizarse 10 días hábiles (2 semanas) ANTES del período de inscripciones.
* Comprobante de Pago de Revalidación