

SOLICITUD DE REPOSICIÓN
DE CREDENCIAL

_____/_____/_____
Día Mes Año

Favor de escribir su nombre lo más claro posible y con acentos

Apellido paterno Apellido materno Nombres

Posgrado

Tipo de credencial: Estudiante [] Profesor [] Administrativo []

Referencia pago bancario

*Enviar el comprobante bancario al correo: valentin.esteban@colpue.edu.mx

Espacio reservado al Departamento de Diseño Gráfico y Editorial

Los datos están correctos (nombre completo y posgrado).
Autorizo su impresión.

Nombre y firma

Recibí credencial.

Nombre y firma