|  |  |
| --- | --- |
|  | **UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI**  FACULTAD DE CIENCIAS  **Formato para solicitar Ingreso por Revalidación de Materias** |

**Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS DE IDENTIFICACION DEL/LA ALUMNO/A:** | |
| **Nombre:** |  |
| **Universidad de origen:** |  |
| **Carrera de origen:** |  |
| **Carrera solicitada:** |  |
| **Contacto (email/Teléfono celular):** |  |

**EXPOSICIÓN DEL/LOS MOTIVO(S):**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Nombre y firma del/la alumno/a** |