



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

SEÑORA RECTORA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
Dra. ARCELIA ROJAS SALAZAR

DATOS DEL RECURRENTE (LETRA IMPRENTA)

NOMBRES P C E Y O O O A O S C P O C E **DNI** I I H I F I I

APELLIDOS O S C X O A O P U U W O **CÓDIGO** G G F H I H I I

DOMICILIO O O O O S A V O C P C E **CORREO@** a p e ^ l a j & a o * { a a f i {

TELEFONO J I I € € H I I **OTRO**

RELACION CON LA UNAC: **DOCENTE** **ALUMNO** **EGRESADO** **OTROS**

1	Constancia de Egresado	10	Aprobar y sustentación Informe de Experiencia Laboral	21	Devolución de documento
2	Diploma Grado de Bachiller	11	Diploma Título Profesional Informe.	22	Devolución de dinero
3	Aprobación Proyecto Tesis	12	Acta Adicional	23	Subsanación
4	Designación de Jurado de Tesis	13	Certificado de Estudios	24	Revisión de examen asignatura
5	Expedito para Sustentación y Fecha de Sustentación de Tesis	14	Retiro Total de matrícula	25	Transcripción de Resolución
6	Diploma de Título Profesional	15	Retiro Parcial de Matrícula	26	Cambio de Asesor
7	Inscripción Ciclo de Actualización Profesional (CAP)	16	Fraccionamiento de Matrícula	27	Completar Expediente
8	Examen Final CAP.	18	Duplicado de sílabo	28	Autorización Título Profesional de Otra Universidad
9	Diploma Título Profesional por Tesis.	19	Reconsideración de Convalidación	29	Diploma de Grado Académico de Maestro y Doctor
		20	Levantamiento de observaciones	30	OTROS.

TRÁMITE A REALIZAR:

ESCRIBE EL Nº DEL TRÁMITE A REALIZAR

DETALLE DE LA SOLICITUD:

DIPLOMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA

DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

Yo..... P C E Y O O O A O S C P O C E X O A O P U U W O con DNI Nº I I H I F I I Declaro que os datos y documentos adjuntos son legalmente válidos y corresponden al tenor de la solicitud.

Bellavista G E de del 2023

FIRMA

ADJUNTO:



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

AQUÍ

COPIA DEL TITULO PROFESIONAL



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACIÓN JURADA

DE NO TENER DEUDAS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

Yo, [Nombre] identificado con DNI [DNI] con
teléfono celular N° [Número] con correo electrónico [Correo]
y con domicilio [Domicilio]

Egresado [] Bachiller [] Licenciado [] de la Facultad de [Facultad]
de la 2da Especialidad en [Especialidad] con código de matrícula
N° [Número]

Declaro bajo juramento; no tener ningún tipo de deuda con:

- BIBLIOTECA CENTRAL Material Bibliográfico []
BANCO DE LIBROS Material Bibliográfico []
BIBLIOTECA ESPECIALIZADA Material Bibliográfico []
CENTRO DE COMPUTO Pago y/o equipos []
LABORATORIOS Y/O TALLERES Materiales y/o equipos []
TESORERIA No tener deudas económicas []

Firmo la presente declaración, de conformidad con lo establecido en el Art. 42 de la Ley
N°27444, Ley de Procedimiento Administrativo General.

Callao, [] de [] del 2023.

Firma

Nombres: []
Apellidos: []
DNI: []



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

AQUÍ

COPIA DE COMPROBANTE DE PAGO



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

AQUÍ

***EL ACTA DE SUSTENTACIÓN DE LA
TESIS***

(emitido por el jurado de sustentación).



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

AQUÍ

INFORME FAVORABLE DEL JURADO

(firmada por el presidente de jurado de sustentación).



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACIÓN JURADA

DE CONOCER Y ESTAR DE ACUERDO CON EL PRESENTE REGLAMENTO Y OTRAS
NORMAS Y DISPOSICIONES LEGALES Y REGLAMENTARIAS SOBRE LA MATERIA.

Yo, POEY OOOA OSCE OCE ASCE X O A O P U U W O
identificado con DNI I I H I F I I con
teléfono celular N° J I I € € H I I con correo electronico
y con domicilio O O O O S A V O O P O E

Egresado [] Bachiller [] Licenciado [] de la Facultad de

O O P O O E U O O S A V O O S V O de la segunda especialidad en U O S W O A U W O S O C E Y A O U T W P O Q U O E

Con código de matrícula N° G G F H I H I I

Declaro bajo juramento, de conocer y estar de acuerdo con el presente reglamento y demás
normas y disposiciones legales y reglamentarias.

Firmo la presente declaración, de conformidad con lo establecido en el Art. 42 de la Ley N°
27444 Ley de Procedimientos Administrativo General.

Callao, € de • ^] a { à i ^ del 2023.

Firma

Nombres: POEY OOOA OSCE OCE
Apellidos: ASCE X O A O P U U W O
DNI: I I H I F I I



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

AQUÍ

DEBE AGREGARSE LAS 4 FOTOS A COLOR



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

***LA TESIS DEBE ESTAR EN FORMATO PDF Y
SEPARADO DEL EXPEDIENTE***

Para ser agregada al repositorio UNAC



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

AQUÍ

COPIA DEL DNI
(LEGIBLE POR AMBAS CARAS)



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS DE EGRESADOS

Por el presente documento, yo POY ÖÖÖÀÓŠE ÔCEÁŠE XÒÁÓ P U Û W Ò identificado (a) con código de estudiante N° GĠ FHĪ HĪ Í y con DNI N° I Ī H Ī Ì F Ī I, Dirección de correo electrónico apc^È|a) &@ *{ aāÈ| {, domiciliado(a) CEJU ÔĚŠÁ V Ò Û T Q CEŠÁ Z Á Ó Á V Ā Ī di strito ÖÖÖCSÁ, provincia VOĚPCE región VOĚPCE, egresado de la Escuela Profesional de _____, de la segunda especialidad en ÛCESWŌÁJWŌŠŌCEŸÁŌUT W P QCEŸŌE doy mi

CONSENTIMIENTO

A la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Callao, a través de la Decanatura, para la obtención y tratamiento de mis datos personales de manera lícita, leal y transparente, evitando recoger y tratar más datos que los estrictamente necesarios para la finalidad requerida y legítima, y respetando mis derechos como usuario (a) en cumplimiento con el **REGLAMENTO DE PROTECCIÓN Y TRANSPARENCIA DE DATOS DE LOS ESTUDIANTES.**

•^] cā { ài^

Callao, ___ de _____ de 2023

FIRMA

Nombres y apellidos:

DNI N °

Número de Ubigeo:



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS Y/O INFORMES
FINALES DE INVESTIGACIÓN ARTÍCULOS CIENTÍFICOS EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

Por medio del presente documento, autorizo la publicación del texto completo de la tesis de pre grado y posgrado, Informe Final de Investigación, artículos científicos, en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional del Callao, de conformidad señalado en el Decreto Legislativo N° 822, sobre la Ley de los Derechos de Autor, Ley N°30035 del Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, Art. 10° del Reglamento Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales en las universidades – RENATI resolución N° 033-2016-SUNEDU/CD, de fecha 08.09.16; para lo cual especifico la siguiente información:

DATOS PERSONALES	
Apellidos y Nombre:	
DNI	
Teléfono	
E-mail	

DATOS ACADEMICOS			
PREGRADO			
Facultad			
Escuela Profesional			
Grado Académico			
Título Profesional			
Observaciones / Precisiones			
POSTGRADO			
País			
Grado Académico de Maestro			
Grado Académico de Doctor			
Observaciones / Precisiones			
DATOS DE LA TESIS, TRABAJO DE INVESTIGACIÓN, ARTICULOS CIENTIFICO (marca con x)			
Título de	Tesis		
	Trabajo de investigación		
	Articulo Científico		
	Informe Final		
Año de publicación			



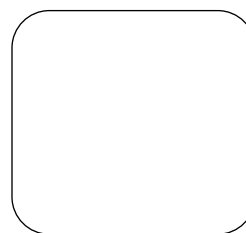
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Observaciones / Precisiones	
TIPO DE ACCESO PARA LA TESIS, TRABAJO DE INVESTIGACIÓN, ARTÍCULOS CIENTIFICO (marca con x)	
Acceso Abierto	
Acceso Restringido	
Acceso con un periodo de embargo	
Acceso cerrado	

*para los tipos de acceso restringido, con un periodo de embargo y cerrado; el solicitante deberá de adjuntar su justificación para su evaluación, de no ser el caso de procederá a asignarle por defecto el Acceso Abierto.

Firma



Huella Digital



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

AQUÍ

CONSTANCIA DE AUTENTICIDAD

(emitido por la unidad de investigación FCS).