

SOLICITO: TITULO PROFESIONAL.

SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES.

S.D.

Yo, \_\_\_\_\_, egresado de la Facultad de Facultad de CIENCIAS DE LA SALUD, Escuela Académico Profesional de Enfermería; ante usted, con el debido respeto me presento y expongo:

Que habiendo sustentado y aprobado la investigación titulada “ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_”

y cumplido con las disposiciones que se señalan en el Reglamento de Grados y Títulos de la universidad, solicito a Ud. el otorgamiento del Título Profesional, para lo cual adjunto la documentación requerida.

Por lo tanto:

Solicito a usted indique a quien corresponda se realice el trámite correspondiente, accediendo a mi solicitud por ser de justicia.

Los Olivos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

DNI N° \_\_\_\_\_

Telef: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_