



**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**

**DNI**

**APELLIDOS**

**CÓDIGO**

**DOMICILIO**

**CORREO@**

**TELEFONO**

**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 N° DEL TRÁMITE A REALIZAR**

**DETALLE DE LA SOLICITUD:**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE**

Yo.....con DNI N° ..... Declaro que os datos  
y documentos adjuntos son legalmente válidos y corresponden al tenor de la solicitud.

**Bellavista .... de ..... del 20**

**FIRMA**

**ADJUNTO:**

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

---

**DECLARACIÓN JURADA**

**SEÑOR(A) RECTOR(A) DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**

Yo, \_\_\_\_\_, Bachiller  
en \_\_\_\_\_, Facultad de \_\_\_\_\_ de la  
Universidad Nacional del Callao, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, con  
domicilio real en \_\_\_\_\_,  
Teléf. N° \_\_\_\_\_, CelularN° \_\_\_\_\_,  
correo electrónico \_\_\_\_\_.

Ante usted, **DECLARO BAJO JURAMENTO:**

- Haber culminado o convalidado estudios de un idioma extranjero en el Centro de Idiomas de la Universidad Nacional del Callao, con código de registro N°\_.

Callao, ..... de..... del 202.....

.....

Firma

NOMBRES: \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**DECLARACIÓN JURADA**

**DE NO TENER DEUDAS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con DNI \_\_\_\_\_ con  
teléfono celular N° \_\_\_\_\_ con correo electrónico \_\_\_\_\_  
y con domicilio \_\_\_\_\_

Egresado ☐ Bachiller ☐ de la Facultad de \_\_\_\_\_  
Escuela Profesional de \_\_\_\_\_, con código de matrícula N° \_\_\_\_\_

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

- |                             |                            |                          |
|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| ▪ BIBLIOTECA CENTRAL        | Material Bibliográfico     | <input type="checkbox"/> |
| ▪ BANCO DE LIBROS           | Material Bibliográfico     | <input type="checkbox"/> |
| ▪ BIBLIOTECA ESPECIALIZADA  | Material Bibliográfico     | <input type="checkbox"/> |
| ▪ CENTRO DE COMPUTO         | Pago y/o equipos           | <input type="checkbox"/> |
| ▪ LABORATORIOS Y/O TALLERES | Materiales y/o equipos     | <input type="checkbox"/> |
| ▪ TESORERIA                 | No tener deudas económicas | <input type="checkbox"/> |

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**

**DECLARACIÓN JURADA**

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

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con DNI \_\_\_\_\_ con  
teléfono celular N° \_\_\_\_\_ con correo electrónico \_\_\_\_\_  
y con domicilio \_\_\_\_\_

**Egresado** ☐ **Bachiller** ☐ **de la Facultad** \_\_\_\_\_

Escuela Profesional de \_\_\_\_\_ Facultad \_\_\_\_\_

Con código de matrícula N° \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ del 2023.

\_\_\_\_\_  
Firma

Nombres: \_\_\_\_\_  
Apellidos: \_\_\_\_\_  
DNI: \_\_\_\_\_



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

---

***AQUÍ***

***COPIA DE COMPRABANTE DE PAGO***



**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**

---

***AQUÍ***

***COPIA DEL DNI***  
***(LEGIBLE Y AMBAS CARAS)***



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

---

***AQUÍ***

***SI ES BACHILLER CON CICLO DE TESIS O  
PRESENTACIÓN DE INFORME DE TESIS  
(SE REQUIERE LA CONSTANCIA DE  
SIMILITUD URKUND)  
(emitido por la Unidad de Investigación FCS).***