



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:

2

ESCRIBE EL Nº DEL TRÁMITE A REALIZAR

DETALLE DE LA SOLICITUD:

DIPLOMA DE GRADO DE BACHILLER

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 2026

FIRMA

ADJUNTO:



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CERTIFICADO DE ESTUDIOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CONSTANCIA DE EGRESADO



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACIÓN JURADA

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

Yo, _____, Egresado
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 2026

.....
Firma

NOMBRES: _____ APELLIDOS: _____ DNI: _____



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**CERTIFICADO DEL CENTRO DE
IDIOMAS DE LA UNAC - CIUNAC
(AMBAS CARAS- LEGIBLE)**



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 2026.

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 2026.

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)