



FORMULARIO

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE TÍTULOS DE GRADO Y LOS POSTGRADOS DE MAESTRÍA Y DOCTORADO DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

SEÑORA
JEFA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR
PRESENTE

Solicito se proceda al Reconocimiento del Título que a continuación se menciona, en conformidad a lo previsto en el **Convenio de Reconocimiento Mutuo de Títulos Profesionales y Grados Académicos de Educación Superior entre la República de Chile y la República del Ecuador**:

IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE (Completar formulario, imprimir y presentar en Notaría)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	País
Nacionalidad	Documento de Identificación, Cédula de Identidad o Pasaporte	
	País:	Nº
Domicilio en Chile:		Comuna:
Email:		Teléfono:

IDENTIFICACIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL

Título de Grado o Postgrado		Universidad que lo otorgó
Ciudad	País	Fecha de Titulación

DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN (FOTOCOPIAS LEGALIZADAS DE LOS ORIGINALES):

- Título de Grado o Postgrado original
- Certificado de estudio o Record Estudiantil original
- Fotocopia de la cédula de Identidad, del documento de identificación o pasaporte (sólo las páginas en las que aparece la fotografía, datos personales y vigencia).

Firma del solicitante

Firma del Notario