

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA**  
Facultad de Odontología Mexicali

NOMBRE:  
Director de la Facultad de Odontología Mexicali  
UABC  
P r e s e n t e:

**ASUNTO: SOLICITUD DE EXAMEN PROFESIONAL**

Mexicali, B.C., a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Por medio de la presente y de la manera más atenta le solicito me sea autorizada la modalidad de Titulación \_\_\_\_\_ para obtener el Título de **CIRUJANO DENTISTA**, programa educativo que cursé en esta Facultad durante el período comprendido de \_\_\_\_\_. Adjunto documentación necesaria para su verificación.

Agradeciendo su atención, me despido en espera de su respuesta.

A t e n t a m e n t e

---

NOMBRE Y FIRMA

Matrícula \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_