

FORMULARIO DE SOLICITUD
ELIMINACIÓN NOMBRE SOCIAL

PARA ALUMNOS Y MIEMBROS DE LA COMUNIDAD UDD

Fecha: _____

| | |
|-------------------------|--|
| Nombre Social: | |
| Sexo: | |
| Carrera/Programa/Unidad | |

En virtud de lo establecido en el artículo 5 del Instructivo N°1/2019 de la Comisión de Revisión del Reglamento de Acoso Sexual, Violencia de Género y Discriminación Arbitraria, vengo en solicitar dejar sin efecto el uso de nombre social requerido anteriormente, utilizándose en adelante mi nombre registral.

| | |
|--|--|
| Nombre Registral: (el que figura en el certificado de Nacimiento) | |
| Apellidos: | |
| Cédula de Identidad: | |
| Sexo Registral: (masculino / femenino) | |

Una vez completado, este formulario debe ser entregado firmado en la Oficina de Apoyo, tratándose de un alumno o en Recursos Humanos tratándose de administrativos, docentes y colaboradores de la Universidad, para que esta unidad realice todas las gestiones necesarias para realizar los cambios solicitados.

FIRMA: _____