Yo …………………..…. Identificado con DNI ………………, egresado de la Facultad de Odontología USMP solicito copia de la Resolución Rectoral de Titulación para realizar el trámite de Colegiatura.

Autorizo la emisión del recibo de pago por este concepto y declaro que tengo pleno conocimiento del costo correspondiente.

Asimismo, confirmo que he sido informado que este documento es entregado por vía digital debido a la situación de pandemia por el COVID19 y que es para uso exclusivo del solicitante en el trámite señalado, de modo que no puede ser compartido ni copiado a otras personas ajenas al trámite de colegiatura que estoy realizando.

Remito este correo en señal de conformidad y compromiso.