



SOLICITUD DE RESOLUCIÓN DE REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DEL TIPO DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Trámite: Personal ( ) Institucional ( ) Fecha: \_\_\_\_\_

Datos Personales:				
Nombre: _____				
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre (s)
Domicilio: _____				
Calle y Número			Colonia	
Delegación o Municipio	Ciudad	Estado	C.P.	Teléfono
Nacionalidad		Lugar de Nacimiento		
Fecha de Nacimiento: _____		Sexo: M	<input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Deseo revalidar mis estudios en:				
Estudios realizados: _____				
Institución que expidió los documentos académicos				
El Diploma y reporte de calificaciones fue expedido por: _____				
Nombre de la Institución			Nombre completo de la Institución	
ubicada en: _____			Domicilio: (Calle y Número)	
Ciudad	Estado	País	Zona Postal	
En su caso: Teléfono _____				
Período y domicilio donde se efectuaron los estudios				
Asistí y curse las asignaturas relativas en los años de: _____, en el inmueble ubicado en: _____				
Calle y Número			Colonia	
Ciudad	Estado	País	Zona Postal	
Deseo Ingresar a:				
Carrera _____				
Nombre de la Institución			Domicilio: Calle y Número	
Delegación o Municipio	Ciudad	Estado	C.P.	Teléfono
Clave del Plantel			Fecha de Ingreso	

Nombre y Firma de conformidad del solicitante