

SOLICITUD DE RESOLUCIÓN DE REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO PARA PROFESIONALIZACIÓN DE DOCENTES

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 ☐ F ☐		
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		

Manifiesto bajo protesta de decir verdad que los datos y documentos presentados con esta solicitud son verídicos, por tanto, si se llegará a detectar falsa o documentación apócrifa, estoy consciente de que se procederá a la cancelación de la resolución de revalidación de estudios, independientemente de las consecuencias legales a que haya lugar.

Nombre y Firma de conformidad del solicitante