



**SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE PROFESIONES**

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PROVISIONAL PARA EJERCER LA PROFESIÓN EN EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA (LICENCIATURA, ESPECIALIDAD, MAESTRÍA, DOCTORADO Y TÉCNICO)

INSTRUCCIONES GENERALES

- *Llenar con letra de molde o con máquina de escribir. **Utilizar únicamente tinta color azul**
 - *Contestar todos los datos solicitados sin abreviaturas
 - *Pegar en esta solicitud la fotografía del interesado: de frente, tamaño filiación, blanco y negro
 - *Asentar la firma del interesado en la parte final de la solicitud dentro del recuadro
 - *El trámite y recepción de la Autorización Provisional para Ejercer la Profesión en el Estado lo podrán realizar:
 - a) El interesado
 - b) Persona distinta, presentando: Carta poder simple que le autorice a tramitar y recibir la Autorización Provisional. Presentando copia de identificación oficial de ambas partes con fotografía y firmas autógrafas. Debiendo ser coincidentes las firmas del interesado.
- *Esta solicitud no debe tener tachaduras, raspaduras o enmendadura alguna.

DATOS PERSONALES

Nombre (s) _____
Apellido paterno _____ Apellido materno _____
Lugar de nacimiento _____
Nacionalidad _____ Género: F _____ M _____
Fecha de nacimiento: Año _____ Mes _____ día _____
CURP _____ RFC _____

***Domicilio particular:**

Calle y número _____
Col. o Fraccionamiento _____
CP _____ Municipio _____ Estado _____
Correo Electrónico _____ Tel. local o Celular _____

DATOS PROFESIONALES

*Se solicita la presente Autorización Provisional para:

** **Nombre, dirección y teléfono** de Institución o instancia en la que me desempeñe o desempeñaré profesionalmente:

*Período de desempeño:

DOCUMENTACIÓN ANEXA:

- 1.- Original y copia por ambos lados del **Certificado de Estudios, o Kardex** firmado y sellado por la institución (Certificado de estudios en reducción tamaño carta) **promedio mínimo de ocho (ochenta con base en 100)**
- 2.- Original y copia por ambos lados de **Carta de Pasante**.
- 3.- Original y copia de la liberación de **Internado y Servicio Social** e para los egresados de medicina y carreras afines.
- 4.- Constancia de que su título o cédula están en trámite.
- 5.- **Constancia de Buena conducta** emitida por la institución de educación de donde egresó con fecha no mayor de 30 días.
- 6.- **Carta de responsiva** del profesional de la misma rama y grado académico, acompañada de copia fotostática de su Registro Profesional Estatal. Ambos documentos deberán tener firma autógrafa del profesional **con tinta azul** (el formato de responsiva es proporcionado por el Departamento de Profesiones)
- 7.- Dos fotografías de frente, tamaño filiación, en blanco y negro
- 8.- Recibo de pago de servicio efectuado en Recaudación de Rentas del Estado en el municipio que corresponda.
(REFERENCIA DE PAGO 4315002)

NOTA: NO SE RECIBIRAN TRÁMITES CUANDO LA AUTORIZACIÓN QUE SE SOLICITA SEA PARA ESPECIALIDADES EN LAS ÁREAS DE LA SALUD.

***NO DEBERÁ DE TENER MÁS DEL AÑO DE TERMINADOS LOS ESTUDIOS.**

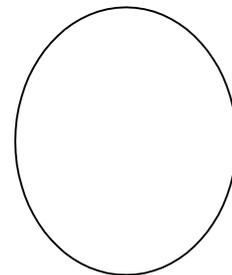
***ESTE TRÁMITE SE RECIBIRÁ ÚNICAMENTE CUANDO EL INTERESADO ANEXE LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA.**

REVISÓ Y COTEJÓ LA DOCUMENTACIÓN DE
ORIGINALES POR PERSONAL DE PROFESIONES

RECIBÍ EN DEVOLUCIÓN LOS DOCUMENTOS
PERSONA QUE TRAMITA LA AUTORIZACION

FOTOGRAFÍA Y FIRMA DEL PROFESIONISTA

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD ME MANIFIESTO CONOCEDOR (A) DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA Y SEÑALO COMO VERÍDICA LA QUE HE PROPORCIONADO, ASÍ COMO AUTÉNTICOS LOS DOCUMENTOS ORIGINALES QUE HE PRESENTADO.



FECHA DE PRESENTACIÓN

_____ B.C., a _____ de _____ de _____

RESPONSIVA PROFESIONAL

_____, Baja California, a _____ de _____ de _____

**C.TITULAR DEL DEPARTAMENTO
DE PROFESIONES –SE
PRESENTE.-**

_____,
contítulo profesional de _____,
conRegistro Profesional Estatal Número _____, en términos del
numeral 19 de la Ley de Ejercicio de las Profesiones para el Estado de Baja California, me
manifiesto responsable del consejo y dirección profesional para con
_____, a efecto
de que se le expida la Autorización Provisional para ejercer la profesión de

ATENTAMENTE

Nombre y firma del responsable

Domicilio _____
Teléfono _____ correo electrónico _____

***Este documento deberá llenarse por el profesionista responsable y no debe tener manchas, tachaduras,
raspaduras o enmendadura alguna.**