



Duplicado

Registro

Cédula Federal No.

No. de Registro

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTO DE PROFESIONES
SOLICITUD DE REGISTRO PARA EJERCER PROFESIONALMENTE EN EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA, Y DE
DUPLICADO (TÉCNICO, LICENCIATURA, ESPECIALIDAD, MAESTRÍA Y DOCTORADO)

INSTRUCCIONES GENERALES

* SIN EXCEPCIÓN, ESTE TRÁMITE INICIARÁ EN EL MOMENTO QUE SE CUMPLA CON TODO LO SOLICITADO. Llene con letra de molde o con máquina de escribir. **Utilice únicamente tinta color azul.**

* Conteste todos los datos solicitados sin abreviaturas.

- Pegar en esta solicitud la fotografía del interesado: De frente, tamaño credencial y a color.
- Asentar la firma del interesado en la parte final de la solicitud dentro del recuadro y sin salir de este. El trámite y recepción del Registro Estatal lo podrán realizar:

a) El interesado con identificación oficial.

b) Persona distinta al interesado con carta poder simple, solicitud dirigida al Titular del Departamento de Profesiones firmada por el interesado para que se le autorice a tramitar y recibir el Registro e identificación oficial de ambas partes; **siempre y cuando** los tres documentos del Interesado tengan la misma firma.

***Esta solicitud no debe tener tachaduras, raspaduras o enmendadura alguna.**

DATOS PERSONALES

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____

Nombres: _____

Lugar de nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Sexo: H _____ M _____

Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

CURP: _____ RFC: _____

***Domicilio particular:**

Calle: _____ No: _____

Col. o Fracc: _____

CP: _____ Municipio: _____ Estado: _____

Correo electrónico: _____ Tel. fijo o móvil: _____

DATOS PROFESIONALES

* **¿Se desempeña actualmente en su profesión?** Sí: _____ No: _____

a) Señale institución, dependencia o empresa en que trabaje

b) Actividad profesional que desempeña: _____

c) Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

* **¿Pertenece alguna asociación o colegio de profesionistas?** Sí: _____ No: _____

a) Denominación: _____

ESTUDIOS PROFESIONALES REALIZADOS

* **Grado a Registrar:** Técnico____Licenciatura____Especialidad____Maestría____Doctorado ____

* **Llenar datos del grado académico que se solicita el Registro (o duplicado).**

a) Título profesional de: _____

b) Institución Educativa que lo expidió: _____

c) Estado en que se encuentra la Institución Educativa: _____

* **Llenar datos adicionales en caso de solicitar Registro de posgrado.**

Núm. de Registro **(estatal)** de Licenciatura_____Profesión _____

Fecha de expedición _____

Núm. de Registro **(estatal)** de Maestría_____Profesión _____

Fecha de expedición _____

***SIN EXCEPCIÓN, ESTE TRÁMITE INICIARÁ EN EL MOMENTO QUE SE CUMPLA CON TODO LO SOLICITADO.**

*Documentación anexa:

a) Original y copia por ambos lados, de la Cédula Profesional con Efecto de patente para el Ejercicio Profesional del grado que se está solicitando Registro. (Copia nítida).

b) Original y copia por ambos lados tamaño carta de Título Profesional del Grado que se solicita Registro (copia nítida)

c) Original y copia de la certificación vigente en caso de profesiones o especialidades en el área de la salud.

d) Copia del CURP.

e) **Dos fotografías** de frente, tamaño credencial a color.

f) Recibo de pago de servicio en Recaudación de Rentas del Estado en el municipio que corresponda.

(Referencia de pago Registro Estatal "4315001").

g) En trámite y recepción por persona distinta: solicitud, carta poder simple, identificaciones con fotografía

h) En el caso de posgrado, anexar una copia del Registro estatal Profesional del grado académico anterior que se solicita Registro.

***Duplicados:** En aquellos Registros posteriores de marzo del 2012 a la fecha, solo se requerirá presentar la solicitud y el pago por el servicio de Registro. **(Referencia de pago Duplicado 4315003).**

EXHIBÍÓ LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA
DEPARTAMENTO DE PROFESIONES

PROFESIONISTA O PERSONA QUE TRAMITA RECIBÍ EN
DEVOLUCIÓN LOS ORIGINALES PRESENTADOS

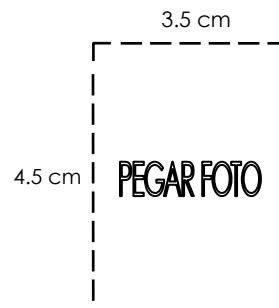
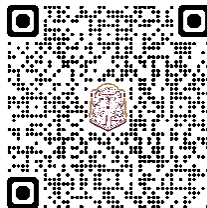
FOTOGRAFÍA Y FIRMA DEL PROFESIONISTA

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. ASIMISMO ME HAGO RESPONSABLE DE LAS OMISIONES POR FALTA DE CUIDADO EN EL LLENADO DE LA PRESENTE Y DE DAR DEBIDO SEGUIMIENTO A ESTE TRÁMITE.



Firma (sin tocar bordes ni salirse del recuadro)

EL AVISO DE PRIVACIDAD LO
PUEDE CONSULTAR EN:



FECHA DE PRESENTACIÓN: _____ B.C., a _____ de _____ de _____