



Señalar si es
Duplicado



Señalar si es
Registro

No. de Cédula Federal del grado académico a registrar





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)**

SIGA LAS INSTRUCCIONES GENERALES ANVERSO Y REVERSO

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

- **Llene el formato únicamente con PLUMA DE COLOR AZUL** con letra molde o bien en computadora.
- **Conteste todos los datos solicitados SIN ABREVIATURAS.**
- Para el trámite y/o recepción del Registro Estatal lo podrán realizar:
 - a) El interesado deberá presentar identificación oficial.
 - b) Persona distinta al interesado deberá presentar carta poder simple y identificación oficial, 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 NECESARIOS PARA DAR SEGUIMIENTO AL TRÁMITE**

¿Fue notificado por el Dpto o en el lugar donde labora? Sí ☐ No ☐

Anexar copia del Oficio de Notificación.

* ¿Está ejerciendo actualmente su profesión? Sí ☐ No ☐

a) Mencione institución, dependencia o empresa donde labora: _____

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 del Registro que solicita (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 TRAMITE INICIARA EN EL MOMENTO QUE SE CUMPLA CON TODO LO SOLICITADO.**

***Documentación anexa:**

- a) **Original y copia** por ambos lados, de la Cedula 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) Copia de Identificación Oficial.
f) Dos fotografías de frente, **(NO SELFIE, NO CAMISA BLANCA)** tamaño credencial **4.5 cm por 3.5 cm a COLOR SIN EXCEPCIÓN**
g) Realizar pago de derechos ante Recaudación de Rentas del Estado (Edificio del Ejecutivo) o pago electrónico en el Municipio que corresponda, si usted va a registrar su licenciatura y posteriormente algún otro grado académico, el pago es por separado no unificado. **(Referencia de pago Registro Estatal "4315001")**
h) Para efectos de la gestión del trámite correspondiente a terceros, será necesario: solicitud, carta poder simple, y copias de identificación oficial de ambos (cedente y poderdante), con sus respectiva fotografía.
i) En el caso de posgrado, anexar una copia del Registro estatal Profesional del grado académico anterior que se solicita Registro.

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

EXHIBÍÓ LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA DEPARTAMENTO DE PROFESIONES.

PROFESIONISTA O PERSONA QUE TRAMITA RECIBE LA DEVOLUCIÓN DE LOS DOC, ORIGINALES PRESENTADOS.

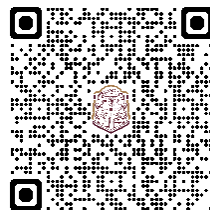
FOTOGRAFÍA Y FIRMA DEL PROFESIONISTA

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 _____ del _____

Enero 2026