



SECRETARIA DE EDUCACION
SUBSECRETARIA DE EDUCACION MEDIA SUPERIOR, Y SUPERIOR
COORDINACION DE CONTROL ESCOLAR
DE EDUCACION MEDIA SUPERIOR Y SUPERIOR

SOLICITUD DE EQUIVALENCIA

Fecha: / /
 Dia Mes Año

Expediente: Solicitud:

Datos personales:

Nombre:	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)
Domicilio:	Calle y num.	Colonia	
	Delegación o Municipio	Ciudad	Estado C.P. Teléfono
Correo Electrónico	Nacionalidad:	Sexo:	
Estudios realizados en (nombre de la escuela):	Carrera:		
Ciudad y estado de la República:			
	De fecha (año):	A fecha (año):	

Si presenta más de un Certificado para trámite de Equivalencia, utilice el siguiente espacio:

Escuela:
Area: Estado de la República:
Carrera: De fecha: A fecha:

Deseo hacer equivalentes mis estudios en:

<input type="checkbox"/> Técnico Superior en: _____
<input type="checkbox"/> Técnico Profesional en: _____
<input type="checkbox"/> Bachillerato Tecnológico en: _____
<input type="checkbox"/> Bachillerato Tecnológico Agropecuario con especialidad en: _____
<input type="checkbox"/> Bachillerato General <input type="checkbox"/> Bachillerato General Modalidad Mixta <input type="checkbox"/> Bachillerato General Modalidad Auto planeada
<input type="checkbox"/> Preparatoria Abierta área: Ciencias administrativas y Sociales <input type="checkbox"/> Humanidades <input type="checkbox"/> Ciencias fisico-matemáticas <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nuples 22 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Licenciatura en: _____ <input type="checkbox"/> Especialidad en: _____
<input type="checkbox"/> Maestría en: _____ <input type="checkbox"/> Doctorado en: _____

Deseo ingresar a:

Escuela:	Municipio:
----------	------------

Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que los datos proporcionados son verídicos, por tanto, si es que se llegara a detectar información falsa o documentación apócrifa anexa a esta solicitud, estoy consciente de que se procederá a la cancelación del dictamen de equivalencia en su caso otorgado, independientemente de las consecuencias legales a que haya lugar.

***Trámite sujeto a revisión**

Firma del Solicitante: _____ **Institución que refiere:** _____