

**GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE
SUBSECRETARÍA DE PLANEACIÓN, PROGRAMACIÓN Y EVALUACIÓN
DEPARTAMENTO DE INCORPORACIÓN Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS**

SOLICITUD DE EQUIVALENCIA

FECHA: / /

Datos personales

Nombre:	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
Domicilio:	Calle y Núm.	Colonia	
	Delegación o Municipio	Ciudad	Estado C.P.
Nacionalidad:	Sexo:		
Estudios realizados en:			
Escuela:	Nivel:		
Área:	Estado de la República:		
Carrera:	De fecha:	A fecha:	Clave Plan:

Escuela:	Nivel:		
Área:	Estado de la República:		
Carrera:	De fecha:	A fecha:	Clave Plan:

Escuela:	Nivel:		
Área:	Estado de la República:		
Carrera:	De fecha:	A fecha:	Clave Plan:

Deseo ingresar en:

Escuela:	Estado de la República:	Predictamen de Equivalencia y Teléfono de Esc.
<input type="checkbox"/> Secundaria:		
<input type="checkbox"/> Técnico Profesional en: _____		Clave: _____
<input type="checkbox"/> Bachillerato Tecnológico en: _____ Carrera y Opción: _____		Clave: _____
<input type="checkbox"/> Bachillerato Tecnológico Agropecuario especialidad en: _____		Clave: _____
<input type="checkbox"/> Bachillerato General:		
<input type="checkbox"/> Preparatoria Abierta área: <input type="checkbox"/> Ciencias Admtivas. <input type="checkbox"/> Humanidades <input type="checkbox"/> Ciencias Físico-matemáticas		
<input type="checkbox"/> Licenciatura en: _____		
<input type="checkbox"/> Especialidad, Maestría o Doctorado en: _____		Clave: _____

Firma del Solicitante: _____

Nombre y firma del Director o responsable de Control Escolar