

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 REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS

Fecha:

d	m	a

DATOS PERSONALES										
Nombre: _____		_____		_____						
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre (s)						
Domicilio: _____										
Calle y Número			Colonia							
_____	_____	_____	_____	_____						
Delegación o Municipio	Ciudad	Estado	C.P	Teléfono						
_____		_____								
Nacionalidad	Entidad de Nacimiento									
Fecha de nacimiento: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">d</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">m</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">a</td></tr></table> Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>								d	m	a
d	m	a								

DESEO REVALIDAR MIS ESTUDIOS EN:	
Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato General <input type="checkbox"/> Preparatoria Abierta <input type="checkbox"/> Técnico Profesional <input type="checkbox"/>	Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato Tecnológico <input type="checkbox"/> Técnico Superior Universitario <input type="checkbox"/>
Educ. Superior: Especialidad <input type="checkbox"/>	
Licenciatura <input type="checkbox"/>	
Maestría <input type="checkbox"/>	
Doctorado <input type="checkbox"/>	

DATOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA QUE EXPIDIO LOS DOCUMENTOS ACADÉMICOS Y PERIODO EN QUE SE EFECTUARON LOS ESTUDIOS	
Asistí y cursé las asignaturas en el extranjero, en los años de _____ . El diploma y reporte de calificaciones fue expedida por _____ .	
Nombre completo de la Institución	
Ubicada en: _____	
Calle, Número y Colonia	
Ciudad	
_____	_____
Estado	País
_____	_____
Zona Postal	Teléfono

DESEO INGRESAR A:	
_____	_____
Nombre de la Institución	Domicilio: Calle y Número
_____	_____
Delegación o municipio	C.P
_____	_____
Clave del Plantel	Teléfono
_____	_____
Fecha de Ingreso	

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 revalidación en su caso otorgado, independientemente de las consecuencias legales a que haya lugar.

Firma de conformidad del solicitante

Nombre y firma del director o responsable de Control Escolar.