



DATOS PERSONALES				
Nombre: _____				
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)		
Domicilio: _____				
Calle y Numero			Colonia	
Delegación o Municipio	Ciudad	Estado	C.P.	Teléfono
Nacionalidad	Entidad de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Día Mes Año
Clave C.U.R.P.	Correo Electrónico	Sexo: M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	

ESTUDIE EN:	
Estado y País donde curse mis estudios	Institución donde estudie
Nivel o grados de estudio	

DESEO REVALIDAR MIS ESTUDIOS:			
Primaria	<input type="checkbox"/>	Secundaria	<input type="checkbox"/>
Bachillerato General	<input type="checkbox"/>	Área: _____	
Bachillerato tecnológico	<input type="checkbox"/>		
Técnico superior	<input type="checkbox"/>	Técnico sup. Univ.	<input type="checkbox"/>
Preparatoria abierta	<input type="checkbox"/>	Área: _____	
Técnico profesional	<input type="checkbox"/>	Licenciatura	<input type="checkbox"/> Carrera: _____
Especialidad	<input type="checkbox"/>	Maestría	<input type="checkbox"/>
Doctorado	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/> _____

Deseo ingresar en:			
Escuelas:		Nivel o Grado:	
Área:		Estado de la republica:	
Carrera:	De fecha:	A fecha:	Clave plan:

Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que los datos proporcionados son verídicos, por tanto, si es que se llegara a detecta información falsa o documentación apócrifa anexa a esta solicitud, estoy conciente de que se procederá a la cancelación del dictamen de revalidación en su caso otorgado, independientemente de las consecuencias legales a que haya lugar, asimismo me doy por enterado que en 30 días hábiles a mas tardar tendré la obligación de recibir mi resolución o solicitare la misma, con nuevo pago.

XALAPA – EQZ; VER; A _____ DE _____ DE 20____.

Nombre y Firma de conformidad del Solicitante