



Dirección de Administración Escolar

SOLICITUD DE EQUIVALENCIA – REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS PARCIALES

Datos personales

Nombre completo: _____

ID. _____ Correo electrónico: _____

Fecha de solicitud: _____ Teléfono: _____

Periodo al que desea ingresar: _____

Estudios cursados

Universidad de procedencia: _____

Licenciatura en: _____

Especialidad en: _____

Maestría en: _____

Doctorado en: _____

Periodos en que cursó los estudios: _____

Ciudad y país de la institución que expide: _____

Estudios solicitados

Programa al que se solicita la equivalencia – revalidación de estudios parciales:

Nombre y firma del interesado(a)