



DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES
Departamento de Declaración de Equivalencias,
Revalidación de Estudios y Exámenes Profesionales



SOLICITUD DE EXAMEN PROFESIONAL DE LICENCIATURA

La Paz, B.C.S, a ____ de _____ de 20__.

C. JEFE DEL DEPARTAMENTO DE DECLARACIÓN DE EQUIVALENCIAS,
REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS Y EXÁMENES PROFESIONALES,
P R E S E N T E.

Por medio de la presente me permito dirigirme a esa dependencia a su distinguido cargo, con el objeto de solicitar respetuosamente la autorización para celebrar el Examen Profesional, sobre el trabajo terminado que intitulo: _____

_____ mismo que servirá para obtener el TÍTULO PROFESIONAL de: _____

en la fecha que designe para tal efecto el Departamento de Declaración de Equivalencias, Revalidación de Estudios y Exámenes Profesionales.

NOMBRE COMPLETO: _____

(como aparecerá en el Título)

DOMICILIO COMPLETO: _____

Calle

No.

COLONIA: _____ C.P. _____

TELEFONO PARTICULAR: _____ TELEFONO TRABAJO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ CELULAR: _____

ATENTAMENTE

Firma