

Secretaría de Educación Pública
Ministerio de Educación

Formato DGPEH/001A FECHA DE SOLICITUD

DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES

SOLICITUD DE REGISTRO DE TÍTULO PROFESIONAL DE TÉCNICO UNIVERSITARIO O LICENCIATURA

1.- DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Apellido Paterno _____ Fecha de Nacimiento: _____
Apellido Materno _____
Nombre(s) _____
Lugar de Nacimiento: Municipio _____ Estado _____
Localidad _____
Nacionalidad _____ R. F. C. _____ Género: Masculino Femenino
CURP _____

Domicilio Particular: _____
Calle _____ No. Ext. _____ No. Int. _____ C. P. _____
Colonia _____ Municipio _____
Localidad _____ Estado _____ Teléfono(s) _____

2.- ESTUDIOS REALIZADOS

BACHILLERATO
Nombre de la Institución _____
Cualificación _____
Municipio _____ Estado _____
Estudios Realizados: _____

LICENCIATURA
Nombre de la Institución _____
Domicilio _____ Municipio _____
Localidad _____ Estado _____
Presidencia _____
Regímenes de la Institución: Federal () Estatal () Adólescente () Particular () Otros ()
Núm. Cédula Profesional _____ Fecha de Expedición _____
Expedición de Título: _____

FIRMA _____ FOTO _____

La solicitud deberá ser firmada por el interesado con bolígrafo tinta negra, punta mediana y sin rasón del resacado.
Foto reciente tamaño infantil blanco y negro óvesis blanco en papel mate con resaca.

IMPRIMIR EL
ADVERSO DEL
FORMATO ESTATAL
EN UNA HOJA

ADVERSO

FIRMAR DOCUMENTO

Firmar con tinta negra sin salirse del recuadro, lo más centrado posible

Secretaría de Educación Pública
Formato DGPEH/001A

FECHA DE SOLICITUD

DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES

SOLICITUD DE REGISTRO DE TÍTULO PROFESIONAL DE TÉCNICO UNIVERSITARIO O LICENCIATURA

1.- DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Apellido Paterno _____ Fecha de Nacimiento _____
Apellido Materno _____
Nombre(s) _____
Lugar de Nacimiento: Municipio _____
Ciudad _____ Estado _____
Nacionalidad: B. F. C. _____ Extranjero Mexicano
CURP _____
Domicilio Particular: Calle _____ No. Ext. _____ No. Int. _____ C. P. _____
Colonia _____ Municipio _____
Localidad _____ Estado _____ Teléfono (s) _____

2.- ESTUDIOS REALIZADOS

BACHILLERATO
Nombre de la Institución _____ Estudios Realizados _____
Dirección _____
Municipio _____ Estado _____

LICENCIATURA
Nombre de la Institución _____ Estudios Realizados _____
Dirección _____ Municipio _____
Localidad _____ Estado _____
Profesión _____ Fecha de Titulación _____
Expediente de Título _____
Régimen de la Institución: Federal () Estatal () Autónoma () Particular () Otros ()
Nombre Cédula Profesional _____ Fecha de Expedición _____

FIRMA _____ FOTO _____

Evitar pegar la foto en este apartado



IMPORTANTE

Este documento lo deberás entregar al departamento de **Servicios Escolares**, debidamente requisitado, sin tachaduras ni abreviaturas.



INFORMES



Comunícate al
teléfono
7489124450
ext. 146



Al correo
titulación@itesa.edu.mx

