

LLENAR EL FORMATO

2

Formato DGPEH/001A

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 _____
Localidad _____ Estado _____
Nacionalidad _____ R. F. C. _____ Femenino Masculino
CURP _____
Domicilio Particular
Calle _____ No. Ext. _____ No. Int. _____ C. P. _____
Colonia _____ Municipio _____
Localidad _____ Estado _____ Teléfono (s) _____

2.- ESTUDIOS REALIZADOS

BACHILLERATO
Nombre de la Institución _____
Domicilio _____
Municipio _____ Estado _____

LICENCIATURA
Nombre de la Institución _____
Domicilio _____ Municipio _____
Localidad _____ Estado _____
Profesión _____
Régimen de la Institución: Federal () Estatal () Autónoma () Distrital () Otro ()
Núm. Cédula Profesional _____ Fecha de Expedición ____/____/____

FIRMA FOTO

La solicitud deberá ser firmada por el interesado con bolígrafo tinta negra, punto mediano y sin salirse del recuadro
Foto reciente tamaño infantil blanco y negro fondo blanco en papel mate con retoque

EVITAR LLENAR LOS SIGUIENTES APARTADOS

- Fecha de solicitud
- Fecha de titulación
- Expedición de título
- Régimen de la Institución
- Número Cédula profesional y fecha de expedición

LLENAR EL FORMATO
CON LETRA DE
MOLDE, UTILIZAR
**BOLIGRAFO TINTA
NEGRA PUNTO
MEDIANO**



FIRMAR DOCUMENTO


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

Fecha de Nacimiento: año Mes Día

Apellido Paterno _____
Apellido Materno _____
Nombre(s) _____

Lugar de Nacimiento: Municipio _____
localidad _____ Estado _____

Nacionalidad _____ R. F. C. _____ Femenino Masculino

CURP

Domicilio Particular
Calle _____ No. Ext. _____ No. Int. _____ C. P.

Colonia _____ Municipio _____
Localidad _____ Estado _____ Teléfono (s) _____

2.- ESTUDIOS REALIZADOS

BACHILLERATO
Nombre de la Institución _____
Domicilio _____
Municipio _____ Estado _____

Estudios Realizados
 del año al año

LICENCIATURA
Nombre de la Institución _____
Domicilio _____ Municipio _____
Localidad _____ Estado _____

Estudios Realizados
 del año al año

Fecha de Titulación año Mes Día
Expedición de Título año Mes Día

Régimen de la Institución: Federal () Estatal () Autónoma () Particular () Otros ()

Núm. Cédula Profesional _____

FIRMA

FOTO

La solicitud deberá ser firmada por el interesado con bolígrafo tinta negra, punto mediano y sin salirse del recuadro
Foto reciente tamaño infantil blanco y negro fondo blanco en papel mate con retoque

Firmar con bolígrafo tinta negra, lo más centrado posible

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
748 91 2 44 50
ext. 146



Al correo
titulacion@itesa.edu.mx

