



INSTRUCTIVO PARA IMPRIMIR EL FORMATO ESTATAL





LLENAR A MANO CON BOLIGRAFO TINTA NEGRA PUNTO MEDIANO

Formato DGPEH/001A 

FECHA DE SOLICITUD
año mes día

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 _____
Nombres(s) _____
Lugar de Nacimiento: Municipio _____
Localidad _____ Estado _____
Nacionalidad _____ R. F. C. _____
CURP []
Femenino Masculino

Domicilio Particular
Calle _____ No. Ext. _____ No. Int. _____ C. P. [] [] [] [] [] []
Colonia _____ Municipio _____ Email _____
Localidad _____ Estado _____ Teléfono (0) _____

2.- ESTUDIOS REALIZADOS

BACHILLERATO
Nombre de la Institución _____
Domicilio _____ Municipio _____ Estado _____
Municipio _____ Estado _____
Estudios Realizados de año [] [] al año [] []

LICENCIATURA
Nombre de la Institución _____
Domicilio _____ Municipio _____
Localidad _____ Estado _____
Profesión _____
Régimen de la Institución: Federal () Estatal () Autónoma () Particular () Otros ()
Fecha de Titulación año mes día
Fecha de Expedición año mes día
Núm. Cédula Profesional _____

FIRMA **FOTO**

La solicitud deberá ser firmada por el interesado con bolígrafo tinta negra, punto mediano y sin salirse del recuadro

NO LLENAR LOS SIGUIENTES APARTADOS:

- Fecha de solicitud
- Fecha de titulación
- Expedición de Título
- Régimen de la Institución
- Núm. Cédula Profesional

FIRMAR





Formato DGPEH/001A FECHA DE SOLICITUD

año mes día

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: _____
año mes día

Apellido Materno _____
año Mes Día

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 _____ Email _____
Localidad _____ Estado _____ Teléfono (s) _____

2.- ESTUDIOS REALIZADOS

BACHILLERATO

Nombre de la Institución _____ Estudios Realizados _____
Domicilio _____ del año _____ al año _____
Municipio _____ Estado _____

LICENCIATURA

Nombre de la Institución _____ Estudios Realizados _____
Domicilio _____ del año _____ al año _____
Localidad _____ Estado _____ Fecha de Titulación _____
Profesión _____ año Mes Día
Régimen de la Institución: Federal () Estatal () Autónoma () Particular () Otros ()
Expedición de Título _____
Núm. Cédula Profesional _____ Fecha de expedición ____/____/____
año Mes Día

FIRMA **FOTO**

La solicitud deberá ser firmada por el interesado con bolígrafo tinta negra, punto mediano y sin salirse del recuadro

Nota

- Firma con tinta negra sin salirte del recuadro lo mas centrado que puedas.
- No pegar la foto.



NO REGISTRAR INFORMACIÓN EN NINGUNO DE LOS APARTADOS

INSTRUCCIONES GENERALES	
<input checked="" type="checkbox"/> Escriba con máquina o letra de molde.	
4 El trámite lo podrán realizar:	
✓ El interesado con identificación oficial.	
✓ Familiar en línea directa con Carta Poder Simple e Identificación Oficial.	
✓ Otra persona con Carta Poder Certificada ante Notario Público e Identificación Oficial.	
✓ Los Gestores de las Instituciones Educativas, debidamente acreditados.	
DOCUMENTOS QUE DEBERÁ ANEXAR A LA SOLICITUD	
Deberá presentarse la documentación completa en original y copia tamaño carta por ambos lados y en el orden señalado.	
1) Título Profesional legalizado y registrado ante la Dirección General de Profesiones de la SEP.	
2) Cédula con efectos de patente para ejercer su profesión.	
3) Dos fotografías recientes tamaño y tipo infantil de frente, en blanco y negro.	
4) Copia del CURP	
5) Pago de Derechos	
PARA USO EXCLUSIVO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES	
<input type="radio"/> ACEPTADO	<input type="radio"/> NO ACEPTADO
OBSERVACIONES:	

REVISÓ: _____	
NOMBRE Y FIRMA	FECHA
COMPROBANTE DE ENTREGA DE DOCUMENTOS	
Recibí () documentos originales y credencial de registro profesional estatal.	
Nombre _____	
_____	_____
Fecha	Firma

REVERSO NO LLENAR



NOTA IMPORTANTE

**ENTREGAR EL DOCUMENTO EN
EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS
ESCOLARES DEBIDAMENTE
REQUISITADO SIN TACHADURAS
NI ABREVIATURAS.**

Informes comunícate al teléfono:

017489123490 ext. 138

o al correo:

titulacion@itesa.edu.mx

Ing. Sandra Hernández Fuentes