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 _____

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

BACHIILLERATO

Nombre de la Institución _____

Domicilio _____

Municipio _____ Estado _____

Estudios Realizados: del año ☐☐☐☐ al año ☐☐☐☐

LICENCIATURA

Nombre de la Institución _____

Domicilio _____ Municipio _____

Localidad _____ Estado _____

Profesión _____

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

Núm. Cédula Profesional _____ Fecha de Expedición ____/____/____

Estudios Realizados: del año ☐☐☐☐ al año ☐☐☐☐

Fecha de Titulación: año / Mes / Día

Expedición de Título: año / Mes / Día

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