SECRETARÍA DE EDUCACIÓN Y CULTURA DEL ESTADO DE SONORA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR Y SUPERIOR
SOLICITUD DE REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS

Fecha: _____/_____/_____
DÍA MES AÑO

DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____ _____ _____
Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

DOMICILIO: _____ _____
Calle y Número Colonia

_____ _____ _____
Municipio Estado Teléfono / Celular

_____ _____ **Fecha de Nacimiento:** _____/_____/_____ **Sexo:** ____ ____
Nacionalidad Estado de Nacimiento Día Mes Año M F

CURP: _____ **Correo Electrónico:** _____

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

_____ _____
Nombre de la Institución Nivel Educativo

_____ _____ _____
Ciudad Estado País

Año de Inicio: _____ **Año de Terminación:** _____ **Grados Cursados:** _____

DATOS DE LA INSTITUCIÓN ANTERIOR (EN CASO DE PRESENTAR 2 CERTIFICADOS)

_____
Nombre de la Institución

_____ _____
Nivel Educativo Semestres Cursados

_____ _____
Municipio Estado

Año de Inicio: _____ **Año de Terminación:** _____

DESEO REVALIDAR MIS ESTUDIOS A:

- ☐ Bachillerato Tecnológico
- ☐ Bachillerato General
- ☐ Preparatoria Abierta: Ciencias Administrativas y Sociales ( ) Humanidades ( ) Ciencias Físico-Matemáticas ( ) Plan Prepa ISEA ( )
- ☐ Licenciatura en _____
- ☐ Especialidad en _____
- ☐ Maestría en _____
- ☐ Doctorado en _____

_____ _____ _____
Nombre de la Institución Plantel Ciudad

_____
FIRMA DEL SOLICITANTE