

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

Fecha: ____/____/____
DÍA MES AÑO

DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____
 Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

DOMICILIO: _____
 Calle y Número Colonia

_____ Municipio Estado Teléfono / Celular

Nacionalidad Estado de Nacimiento Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: M F

CURP: _____ Correo Electrónico: _____

DATOS DE LA INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA

Nombre de la Institución

Nivel Educativo

Semestres Cursados

Municipio

Estado

Año de Inicio: _____

Año de Terminación: _____

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 HACER EQUIVALENCIA 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