|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | FDA02 |

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE VALIDEZ OFICIAL DE ESTUDIOS**

**SOLICITUD DE REFRENDO A PLAN Y PROGRAMAS DE ESTUDIO**

**SOLICITUD DE CAMBIO DE DOMICILIO**

**Dejar únicamente el trámite solicitado y eliminar las restantes.**

|  |
| --- |
| **FECHA:**  |
| (DÍA / MES / AÑO) |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN** |  |
| **TIPO Y NOMBRE DEL PLAN DE ESTUDIOS** |  |
| **DURACIÓN DEL PROGRAMA** | Número de cuatrimestres / semestres / años |
| **NOMBRE COMPLETO DE LA RAZÓN SOCIAL** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DE ESTUDIOS** |  | **TURNO** |  | **MODALIDAD** |  | **CICLO** |
|  | TÉCNICO SUPERIOR UNIVERSITARIO |  |  | MATUTINO |  |  | ESCOLARIZADA |  |  | CUATRIMESTRAL |
|  | LICENCIATURA |  |  | VESPERTINO |  |  | NO ESCOLARIZADA |  |  | CUATRIMESTRAL, CURRICULUM FLEXIBLE |
|  | ESPECIALIDAD |  |  | NOCTURNO |  |  | MIXTA |  |  | SEMESTRAL |
|  | MAESTRÍA |  |  | MIXTO |  |  | DUAL |  |  | SEMESTRAL, CURRICULUM FLEXIBLE |
|  | DOCTORADO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **DOMICILIO DE LA INSTITUCIÓN** |
| CALLE Y NÚMERO | COLONIA |
|  |  |
| CÓDIGO POSTAL | DELEGACIÓN O MUNICIPIO | ENTIDAD FEDERATIVA |
|  |  |  |
| NÚMERO TELEFÓNICO | REDES SOCIALES | CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL  |
| (Dos por lo menos) |  | (Un correo con dominio y dos sin dominio) |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL SOLICITANTE (PERSONA FÍSICA O REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA)** |
| NOMBRES (S) |  |  |
| APELLIDO PATERNO |  |  |
| APELLIDO MATERNO |  |  |
| NACIONALIDAD |  |  |
| DOMICILIO (CALLE Y NÚMERO) | COLONIA |
|  |  |
| CÓDIGO POSTAL | DELEGACIÓN O MUNICIPIO | ENTIDAD FEDERATIVA |
|  |  |  |
| NÚMERO TELEFÓNICO | REDES SOCIALES | CORREO ELECTRÓNICO |
|  |  | (TRES POR LO MENOS) |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL RECTOR** |
| NOMBRE (S) | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO |
|  |  |  |
| CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL | CORREO ELECTRONICO PERSONAL | NÚMERO DE TÉLEFONO CELULAR |
|  |  |  |
| **FORMACIÓN ACADÉMICA** |
| GRADO EDUCATIVO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS |
|  |  |
| NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE PROCEDENCIA | DOCUMENTO QUE ACREDITA SUS ESTUDIOS |
|  |  |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL DIRECTOR** |
| NOMBRE (S) | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO |
|  |  |  |
| CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL | CORREO ELECTRONICO PERSONAL | NÚMERO DE TÉLEFONO CELULAR |
|  |  |  |
| **FORMACIÓN ACADÉMICA** |
| GRADO EDUCATIVO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS |
|  |  |
| NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE PROCEDENCIA | DOCUMENTO QUE ACREDITA SUS ESTUDIOS |
|  |  |

|  |
| --- |
| **PERSONAL DESIGNADO PARA REALIZAR DILIGENCIAS PARA EL DESARROLLO Y SEGUIMIENTO DE LA SOLICITUD DE RVOE** |
| NOMBRE COMPLETO |  |
| CARGO |  |
| NÚMERO TELEFÓNICO (DE OFICINA Y CELULAR) |  |
| CORREO ELECTRÓNICO |  |
| HORARIO DE ATENCIÓN |  |

Nota: el personal designado deberá contar con Carta Poder Certificada por Notario, la cual deberá presentar para cualquier diligencia a realizar.

|  |
| --- |
| **NOMBRES PROPUESTOS PARA LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA** |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |

Nota: eliminar si la institución tiene nombre autorizado.

**BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD**

**NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL**