GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE COLIMA
SECRETARIA DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR Y SUPERIOR
DEPARTAMENTO DE REVALIDACIÓN Y EQUIVALENCIAS

SOLICITUD DE EQUIVALENCIA

FECHA DE ENTREGA:_____

FECHA:_____ EL:_____ E-MAIL:_____

NOMBRE COMPLETO:_____

FECHA DE NACIMIENTO:_____

CURP:_____

NACIONALIDAD:_____

NIVEL DE ESTUDIOS:_____

ESTADO DONDE CURSÉ MIS ESTUDIOS:_____

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:_____
CARRERA QUE ESTABA CURSANDO:_____

DURANTE EL CICLO ESCOLAR:_____

DESEO CONTINUAR MIS ESTUDIOS

ESCUELA:_____

NIVEL:_____

CARRERA:_____

MODALIDAD ESCOLARIZADA_____ ABIERTA_____MIXTA_____

FIRMA DEL SOLICITANTE

_____