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 REVALIDACION

FECHA DE ENTREGA _____
FECHA_____
TELEFONO_____
NOMBRE
COMPLETO_____
FECHA DE NACIMIENTO_____
DOMICILIO_____
ESTADO_____ C.P._____
NACIONALIDAD_____

DESEO REVALIDAR MIS ESTUDIOS DE

BACHILLERATO GENERAL_____
LICENCIATURA_____ POSGRADO _____
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN A INGRESAR _____
MUNICIPIO _____ CIUDAD _____ ESTADO_____

DATOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA QUE EXPIDIO LOS DOCUMENTOS ACADÉMICOS

EL DIPLOMA Y REPORTE DE CALIFICACIONES FUE EXPEDIDO
POR (NOMBRE COMPLETO DE LA INSTITUCIÓN) _____
UBICADA EN (DOMICILIO, CALLE Y NÚMERO) _____
CIUDAD _____ ESTADO _____ PAIS _____
ZONA POSTAL _____ TELEFONO _____

ASISTI Y CURSE LAS ASIGNATURAS RELATIVAS EN LOS AÑOS DE

PERIODO ESCOLAR _____
EN EL INMUEBLE UBICADO (CALLE Y NUMERO) _____
COLONIA _____ CIUDAD _____
ESTADO _____ PAIS _____ C. P. _____

Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que los datos proporcionados son verídicos, por tanto, si es que se llegara a detectar información falsa o documentación apócrifa anexa a esta solicitud, estoy consciente de que se procederá a la cancelación del dictamen de revalidación en su caso otorgado, independientemente de las consecuencias legales a que haya lugar.

_____
FIRMA DEL SOLICITANTE