



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

SOLICITUD DE REVALIDACIÓN

TRIMESTRE LECTIVO	FECHA	DÍA	MES	AÑO	No.
-------------------	-------	-----	-----	-----	-----

TOTAL <input type="checkbox"/>	PARCIAL <input type="checkbox"/>	MATRÍCULA
--------------------------------	----------------------------------	-----------

CON BASE AL REGLAMENTO DE REVALIDACIÓN, ESTABLECIMIENTO DE EQUIVALENCIAS Y ACREDITACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA, SOLICITO SE REALICE LA REVALIDACIÓN DE LOS ESTUDIOS QUE CURSÉ.

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
DOMICILIO CALLE Y NÚMERO			COLONIA	CORREO ELECTRÓNICO	
C.P.	CIUDAD / ENTIDAD		TELÉFONO (S)	NACIONALIDAD	

ANTECEDENTES ACADÉMICOS

CARRERA CURSADA	INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA
LUGAR (CIUDAD Y PAÍS)	

ESTUDIOS QUE REALIZA

LICENCIATURA	UNIDAD
POSGRADO	DIVISIÓN

DOCUMENTACIÓN ENTREGADA POR EL ALUMNO

A) GRADO DE MAESTRÍA	<input type="checkbox"/>
B) TÍTULO DE LICENCIATURA	<input type="checkbox"/>
C) CERTIFICADO DE ESTUDIOS	<input type="checkbox"/>
D) PLAN DE ESTUDIOS	<input type="checkbox"/>
E) PROGRAMAS, TEMARIOS O DOCUMENTOS QUE EXPRESEN EL CONTENIDO DE CADA ASIGNATURA	<input type="checkbox"/>

LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS SE PRESENTARÁN LEGALIZADOS O APOSTILLADOS Y, EN SU CASO, TRADUCIDOS AL ESPAÑOL POR PERITO AUTORIZADO.

USO EXCLUSIVO DE LA DIRECCIÓN DE SISTEMAS ESCOLARES

--

ALUMNO
FIRMA

CAJA GENERAL	
COSTO \$ _____	CERTIFICACIÓN

T1 DIRECCIÓN DE SISTEMAS ESCOLARES
T2 CONSEJO DIVISIONAL
T3 ALUMNO
T4 CAJA GENERAL