**FDA02**

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

**SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A PLANES Y PROGRAMAS DE ESTUDIO SOLICITUD DE CAMBIO DE DOMICILIO**

**SOLICITUD DE CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL O REPRESENTANTE LEGAL**

***DEJAR UNICAMENTE EL TRÁMITE DE SU SOLICITUD Y ELIMINAR LAS RESTANTES***

**FECHA**:

|  |  |
| --- | --- |
| **TURNO** | |
|  | MATUTINO |
|  | VESPERTINO |
|  | NOCTURNO |
|  | MIXTO |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN** | *NOMBRE O PROPUESTA DE NOMBRE* |
| **NIVEL Y NOMBRE DEL PLAN DE ESTUDIOS** |  |
| **DURACIÓN DEL PROGRAMA** | *NÚMERO DE CUATRIMESTRES / SEMESTRES / AÑOS* |
| **NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA FÍSICA O JURÍDICA** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NIVEL DE ESTUDIOS** | |
|  | TÉCNICO SUPERIOR UNIVERSITARIO |
|  | LICENCIATURA |
|  | ESPECIALIDAD |
|  | MAESTRÍA |
|  | DOCTORADO |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL SOLICITANTE (REPRESENTANTE LEGAL)** | | |
| NOMBRE (S) |  | |
| APELLIDO PATERNO |  | |
| APELLIDO MATERNO |  | |
| NACIONALIDAD |  | |
| DOMICILIO (CALLE Y NÚMERO) | | COLONIA |
|  | |  |
| CÓDIGO POSTAL | DELEGACIÓN O MUNICIPIO | ENTIDAD FEDERATIVA |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOMICILIO DE LA INSTITUCIÓN** | | |
| CALLE Y NÚMERO | | COLONIA |
|  | |  |
| CÓDIGO POSTAL | DELEGACIÓN O MUNICIPIO | ENTIDAD FEDERATIVA |
|  |  |  |
| TELÉFONO  (DOS POR LO MENOS) | REDES SOCIALES | CORREO ELECTRÓNICO  (TRES POR LO MENOS) |
|  |  |  |

(DÍA / MES / AÑO)

|  |  |
| --- | --- |
| **MODALIDAD** | |
|  | ESCOLARIZADA |
|  | NO ESCOLARIZADA |
|  | MIXTA |

|  |  |
| --- | --- |
| **CICLO** | |
|  | CUATRIMESTRAL |
|  | SEMESTRAL |
|  | CURRICULUM FLEXIBLE |

**FDA02**

Nota: El personal designado deberá contar con Carta Poder Certificada por Notario, la cual deberá presentar

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TELÉFONO | REDES SOCIALES | CORREO ELECTRÓNICO (TRES POR LO MENOS) |
|  |  |  |

para cualquier diligencia ó trámite a realizar.

|  |  |
| --- | --- |
| **PERSONAL DESIGNADO PARA REALIZAR LAS DILIGENCIAS PARA EL DESARROLLO Y SEGUIMIENTO DE LA SOLICITUD DE RVOE** | |
| NOMBRE COMPLETO |  |
| CARGO |  |
| TELÉFONO DIRECTO Y CELULAR |  |
| CORREO ELECTRÓNICO |  |
| HORARIO |  |

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

*SI LA INSTITUCIÓN TIENE NOMBRE AUTORIZADO ELIMINAR ESTE CUADRO*

|  |  |
| --- | --- |
| **RATIFICACION DE NOMBRE** | |
| NOMBRE SOLICITADO |  |
| NOMBRE AUTORIZADO |  |
| NIVEL Y NOMBRE DEL PROGRAMA |  |
| ACUERDO |  |
| AUTORIDAD QUE AUTORIZA |  |

*SÓLO EN CASO DE SER NECESARIO, DE LO CONTRARIO ELIMINAR*

**BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD NOMBRE Y FIRMA**

**REPRESENTANTE LEGAL**