

Instituto Tecnológico de San Luis Potosí
Departamento de Servicios Escolares

Solicitud de Resolución de Equivalencia de Estudios

Fecha: _____

Nombre: _____
Nombre(s) Apellido paterno Apellido Materno

Domicilio: _____
Calle y número

_____ Colonia Código Postal

_____ Municipio Ciudad Estado Teléfono

Celular: _____ Correo electrónico: _____

Nacionalidad: _____ Sexo: (M) (F)

Nivel: _____ Área: _____ Estado de la República: _____
Lic. o TSU/ Ing., etc.

Nombre Institución de origen: _____

Carrera Institución de origen: _____

Clave Plan de Estudios: _____ de la fecha ____ a la fecha _____

Deseo Ingresar a

Instituto: _____ Estado de la República: _____

Ingeniería en: _____ Plan de estudios: _____

Licenciatura en: _____ Plan de estudios: _____

ATENTAMENTE

FIRMA

