

SOLICITUD DE EQUIVALENCIA PARCIAL DE ESTUDIOS DEPARTAMENTO DE CONTROL ESCOLAR

Folio: _____

Xalapa Enríquez, Veracruz a ____ de _____ de 2020.

DATOS PERSONALES

Apellido Paterno				Apellido Materno		Nombre (s)	
Nacionalidad				CURP			
Calle		Número		Colonia		C.P.	
Localidad			Municipio		Estado		
Teléfono de casa			Celular		Correo Electrónico		

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA

Nombre completo					
Calle		Número		Colonia	
Localidad/ Ciudad			Municipio		Estado
País			Teléfonos		
Licenciatura			Completa () Incompleta ()		
Fecha de periodos cursados: Inicial _____		Final _____		Porcentaje de avance: _____	

ESTUDIOS A REALIZAR EN UPAV

Licenciatura:	Municipio
	Opción 1.-
	Opción 2.-

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA INTERSADA O EL INTERESADO

Notas a considerar:

- Se recibirá únicamente cuando la o el aspirante tenga acreditado el 60% de la Licenciatura de origen.
- Enviar la solicitud del trámite con mínimo 4 meses de anticipación previo a que inicie el semestre o cuatrimestre.
- Enviar al correo equivalencias.es@upav.edu.mx, el expediente completo digitalizado.
- No se recibirá la solicitud de Equivalencia Parcial en caso de faltar algún requisito.

Departamento de Control Escolar

Av. 20 de noviembre Oriente
No. 256 Col. Centro, CP. 91000,
Xalapa, Veracruz
Tel: 2288-17-34-10 Ext. 2103
www.upav.edu.mx