

SOLICITUD DE EQUIVALENCIA PARCIAL DE ESTUDIOS (DE ESCUELA INCORPORADA A SOLIDARIA) DEPARTAMENTO DE CONTROL ESCOLAR

Folio: _____

Xalapa Enríquez, Veracruz a ____ de _____ de 2020.

DATOS GENERALES DE LA INTERESADA O EL INTERESADO			
Apellido Paterno		Apellido Materno	Nombre (s)
Nacionalidad		CURP	
Calle	Número	Colonia	C.P.
Localidad		Municipio	Estado
Teléfono de casa		Celular	Correo Electrónico

SOLICITO MI INCORPORACIÓN AL PROGRAMA EDUCATIVO DE:	
Licenciatura	Municipio

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA INTERSADA O EL INTERESADO

Notas a considerar:

- Este trámite **aplica** únicamente para la **continuidad y conclusión de la misma Licenciatura** de origen.
- Entregar la solicitud del trámite con **mínimo 4 meses de anticipación**, previo a que inicie el semestre o cuatrimestre correspondiente.
- 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