

\_\_\_\_\_, Ver., a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

**Dirección de Educación Superior de la  
Universidad Popular Autónoma de Veracruz  
P R E S E N T E**

**Departamento de Control Escolar de la  
Universidad Popular Autónoma de Veracruz**

Por medio del presente, manifiesto y acepto mi responsabilidad de que cuando se realice la validación de los documentos que presenté para solicitar una Equivalencia Parcial de Estudios de la Licenciatura en \_\_\_\_\_, si alguno de ellos resultara **apócrifo**, se anulará automáticamente dicho trámite y se dará parte a las autoridades competentes de la Secretaría de Educación de Veracruz, para los efectos legales que procedan, con base al Reglamento para los Alumnos de Licenciaturas de la Universidad Popular Autónoma de Veracruz, en el Capítulo 8, Fracción XLVIII, Párrafo 3.

**Atentamente**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del aspirante

Domicilio Particular: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Sede: \_\_\_\_\_

**Informes**  
Tel: 2288-17-34-10  
Ext. 2103  
**Lunes a Viernes**  
09:00 a 15:00 horas

**Departamento de Control Escolar**  
Av. 20 de noviembre Oriente  
No. 256 Col. Centro, CP. 91000,  
Xalapa, Veracruz  
**controlescolar.es@upav.edu.mx**

