



DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES  
Departamento de Declaración de Equivalencias,  
Revalidación de Estudios y Exámenes Profesionales

**SOLICITUD DE EXAMEN PROFESIONAL**

La Paz, B.C.S, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

C. JEFE DEL DEPARTAMENTO DE DECLARACIÓN DE EQUIVALENCIAS,  
REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS Y EXÁMENES PROFESIONALES,  
P R E S E N T E.

Por medio de la presente me permito dirigirme a esa dependencia a su distinguido cargo, con el objeto de solicitar respetuosamente la autorización para celebrar el Examen Profesional, sobre el trabajo terminado que intitulo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ mismo que servirá para obtener el TÍTULO PROFESIONAL de: \_\_\_\_\_

en la fecha que designe para tal efecto el Departamento de Declaración de Equivalencias, Revalidación de Estudios y Exámenes Profesionales.

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

(como aparecerá en el Título)

DOMICILIO COMPLETO: \_\_\_\_\_

Calle

No.

COLONIA: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

TELEFONO PARTICULAR: \_\_\_\_\_ TELEFONO TRABAJO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_  
Firma