**ANEXO V. FORMATO DE SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN DE ESTUDIOS**

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C. Juan Carlos Niños Torres**

**Jefe de la División de Estudios Profesionales**

**PRESENTE**

Por este medio solicito iniciar con los trámites correspondientes del proceso de convalidación, siendo mis datos académicos:

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Instituto de procedencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. de Control: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semestre: \_\_\_\_\_\_

Carrera que curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Clave del plan de estudios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Carrera que solicito: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Clave del plan de estudios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  | |  | |  | |  | |  |   **Para ser llenado exclusivamente por la Institución**  Solicitud correctamente llena………………………………………………………………………………………………………………………………  Presenta Kardex con sello y firma del Departamento de Servicios Escolares o su equivalente en los Institutos Tecnológicos Descentralizados…………………………………………………………………………………………………  Presenta formato de no adeudos………………………………………………………………………………………………………………………..  Presenta recomendación del Departamento de Desarrollo Académico o su equivalente en los Institutos Tecnológicos Descentralizados………………………………………………………………………………………………………..  Existe capacidad disponible en la carrera solicitada……………………………………………………………………………………….   |  |  | | --- | --- | | Sello de la División de Estudios Profesionales | Firma de la División de Estudios Profesionales |     Notas:  1.- Semestre se refiere al correspondiente con la fecha de ingreso a las Instituciones adscritas al TecNM.  2.- En la lista de verificación, se contesta Si (Si cumple), No (No cumple) o NA (No aplica).  3.- Si se presenta un “No cumple” en la lista de verificación, será un rechazo inmediato de la solicitud.  4.- La recomendación del Departamento Desarrollo Académico o su equivalente en los Institutos Tecnológicos Descentralizados, sólo aplica para cambio de carrera.  **Teléfono:**  **Correo electrónico institucional:** |

**Firma del solicitante**

c.c.p. Solicitante