**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