

SOLICITUD DE PORTABILIDAD DE ESTUDIOS

C. _____

RESPONSABLE DEL CENTRO EMSaD
PRESENTE.

Número

Nombre

Por este medio solicito a usted la Portabilidad de Estudios de mi tutorado (a), para lo cual proporciono la siguiente información:

DATOS PERSONALES

TUTOR (A)

Nombre completo:	
Correo electrónico	Teléfono

ESTUDIANTE

Nombre completo	
Fecha de nacimiento	CURP
DÍA / MES / AÑO	
Correo electrónico	Teléfono

DATOS ESCOLARES

NIVEL SECUNDARIA		
Nombre de la secundaria		
Folio de certificado	Fecha de emisión	Promedio

NIVEL MEDIO SUPERIOR					
Escuela de procedencia					Marca con una "X" y tinta azul
Clave de Centro de Trabajo					
Antecedente escolar entregado: <input type="checkbox"/> Historial Académico <input type="checkbox"/> Constancia con calificaciones <input type="checkbox"/> Certificado parcial					
Nombre del Centro EMSaD solicitado					
Último semestre cursado					
1°	2°	3°	4°	5°	
Semestre Solicitado					
2°	3°	4°	5°	6°	

IMPORTANTE:

1. Reconozco que este proceso implica la validación de la trayectoria educativa de mi tutorado (a) en su institución.
2. Me comprometo a presentar la documentación necesaria puntualmente para proceder con el trámite de Portabilidad de Estudios.
3. Acepto cumplir y respetar las condiciones establecidas por el CECyTEO en términos normativos.

Firma del o la estudiante	Firma tutor (a)	Fecha		
		DÍA	MES	AÑO

