AUTENTICACIÓN DE CERTIFICADO DE TERMINACIÓN DE ESTUDIOS

FECHA DE SOLICITUD:_____

DR. RAUDEL MÉNDEZ SOSA
DIRECTOR GENERAL DEL CECyTE OAXACA
P R E S E N T E.

AT'N Mtra. Yadira Martínez Zambrano.
Jefa del Departamento de Registro Escolar y Estadística
P R E S E N T E.

DATOS DEL O LA SOLICITANTE:

Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno

Centro Educativo donde concluyó su bachillerato:

Generación: Matrícula:

Correo electrónico: Teléfono:

MOTIVO POR EL CUAL REQUIERE SU CONSTANCIA DE AUTENTICIDAD:

_____

_____

LA CONSTANCIA DE AUTENTICIDAD SERÁ DIRIGIDA A:

MARCAR SOLO UNA OPCIÓN

☐ **INSTITUCIÓN:**

Nombre:

Nombre completo del responsable del área:

Título o grado académico:

Cargo:

☐ **A QUIEN CORRESPONDA**

IXX-X-MMXXVI

ATENTAMENTE

_____

Firma

Nombre y firma de quien recibe: _____

Departamento de Registro Escolar y Estadística

Aviso de Privacidad: Los datos personales recabados serán incorporados y tratados de acuerdo a lo establecido en nuestro aviso de privacidad simplificado, así como a las disposiciones legales aplicables, con el objeto de realizar los trámites correspondientes y no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la ley. Se pone a su disposición el CÓDIGO QR en el cual podrá encontrar el aviso de privacidad simplificado de este Departamento.

Aviso de Privacidad

autenticidades.cecyteo@cecyteo.edu.mx