



SOLICITUD DE EQUIVALENCIA

Ciudad de México, a ____ de _____ de _____ .

DRA. BEATRIZ ABURTO CARPINTEYRO
DIRECTORA

SOLICITO A USTED LA EQUIVALENCIA PARA EL MÓDELO ACADÉMICO : _____
PERÍODO ESCOLAR: _____

POR LOS SIGUIENTES MOTIVOS:

Nombre:			
Matrícula:	Teléfonos (casa y cel.) :		
Carrera:		Modelo Anterior	

Nombre y Firma del Alumno	Nombre y Firma del Padre y/o Tutor

