



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

