



Subsecretaría de Educación Superior e Investigación Científica
Dirección General de Profesiones

FECHA DE SOLICITUD

Fecha:

año			mes		día		

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE DOCUMENTOS ORIGINALES

Favor de anotar el Número de Cédula: _____

DATOS PERSONALES

Apellido paterno _____

Apellido materno _____

Nombre (s) _____

Lugar de nacimiento _____

Domicilio particular calle _____

Colonia _____ Delegación o Municipio _____ C. P.

--	--	--	--	--	--	--

Entidad Federativa _____ Teléfono (s) _____

Si cuenta con Correo Electrónico _____ Si cuenta con Fax _____

Fecha de nacimiento:

año			mes		día		

Sexo: Femenino Masculino

Núm. _____ Ext. _____ Núm. _____ Int. _____

Profesión: _____

Egresado de _____
(Institución Educativa)

Atentamente, solicito la devolución de los siguientes documentos originales, mismos que obran en el expediente que se abrió para efectos del Registro de Título y Expedición de Cédula a mi nombre:

DOCUMENTOS QUE SOLICITA

DOCUMENTOS QUE SE RECIBEN

Acta de nacimiento	()	()
Certificado de:		
Secundaria	()	()
Bachillerato	()	()
Profesional	()	()
Constancia de Servicio Social	()	()
Acta de Examen Profesional	()	()
Otros	()	()
		TOTAL

A T E N T A M E N T E

Firma del Interesado (ó Apoderado)

Nombre _____

Fecha de entrega de documentos _____ Número de control _____

Para cualquier aclaración refiera el número de control

