

**Formato de Recepción de Trámite de Resolución de Equivalencia de Estudios Maestría.**



Nombre del aspirante: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_

**Programa al que desea ingresar**

Maestría en Administración Estratégica  Maestría en Gestión de la Salud

**Documentos que ingresa**

Acta de Nacimiento  Certificado total o parcial de Maestría  
 CURP  Contenidos Temáticos  
 Certificado de Licenciatura  Pago

**Recepción de trámite por Control Escolar**

Nombre de quien ingresa el trámite (aspirante o tercero): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien recibe el trámite: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Bajo protesta de decir la verdad manifiesto que la información proporcionada para las gestiones del trámite de equivalencia fue verificada y acepto que la propuesta de equivalencia será realizada con base a la documentación ingresada presentada para dicho trámite.

La recepción de la documentación no implica la dictaminación favorable al trámite solicitado. \_\_\_\_\_  
Nombre y firma del aspirante

**Formato de Recepción de Trámite de Resolución de Equivalencia de Estudios Maestría.**



**Documentos que ingresa**

Nombre del aspirante: \_\_\_\_\_  
 Acta de Nacimiento  Certificado total o parcial de Maestría  
 CURP  Contenidos Temáticos  
 Certificado de Licenciatura  Pago

**Recepción de trámite por Control Escolar**

Nombre de quien recibe el trámite: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Bajo protesta de decir la verdad manifiesto que la información proporcionada para las gestiones del trámite de equivalencia fue verificada y acepto que la propuesta de equivalencia será realizada con base a la documentación ingresada presentada para dicho trámite.

La recepción de la documentación no implica la dictaminación favorable al trámite solicitado. \_\_\_\_\_  
Nombre y firma del aspirante

