TECNOLÓGICO NACIONAL DE MÉXICO INSTITUTO TECNOLÓGICO DE LA COSTA GRANDE Solicitud de Resolución de Equivalencia de Estudios

			Fecha: _	
NOMBRE:				
NOMBRE:Apellido pate	rno	Apellido Materno	Nombre (s)	
DOMICILIO:	Calle y núme	ero		
Colonia			C. P.	
Municipio	Ciudad	Estado	Teléfonos	
NACIONALIDAD:				SEXO: M 🗆 F 🗆
Institución en que realizó los	s estudios:			
Nivel:Licenciatura o TSU	_ Área: _ Ingenierí	a, Humanidades, etc.	Estado de la República_	
Carrera:				
Clave Plan estudios		de fecha	a fecha	
DESEO INGRESAR AL:				
Instituto Tecnológico de			Edo. de la República	
Ingeniería en:			Plan de Estudios:	
Licenciatura en:			Plan de Estudios:	
Firma del Solicitante				