

## SOLICITUD DE TRÁMITE PARA INSTITUCIONES PARTICULARES DE EDUCACIÓN SUPERIOR

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE JALISCO,  
PRESENTE.

FECHA: 24/OCTUBRE/2013  
(DÍA / MES / AÑO)

## TIPO DE TRÁMITE (SELECCIONE ÚNICAMENTE UN TIPO TRÁMITE)

<input checked="" type="checkbox"/>	RECONOCIMIENTO DE VALIDEZ OFICIAL DE ESTUDIOS
<input type="checkbox"/>	MODIFICACIÓN A PLANES Y PROGRAMAS DE ESTUDIO
<input type="checkbox"/>	ACTUALIZACIÓN A PLANES Y PROGRAMAS DE ESTUDIO
<input type="checkbox"/>	CAMBIO DE DOMICILIO
<input type="checkbox"/>	CAMBIO DE REPRESENTANTE LEGAL
<input type="checkbox"/>	OTRO

ESPECIFIQUE:

NOMBRE COMPLETO DEL PLAN DE ESTUDIOS	TECNICO SUPERIOR UNIVERSITARIO IMAGENOLOGO
PERIODO DE LA CARRERA	
NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA FÍSICA O MORAL	IRVING SHAJID CISNEROS MIRELES

NIVEL DE ESTUDIOS		TURNO	MODALIDAD	CICLO
<input checked="" type="checkbox"/>	PROFESIONAL ASOCIADO O TÉCNICO SUPERIOR UNIVERSITARIO	<input checked="" type="checkbox"/> MATUTINO	<input checked="" type="checkbox"/> ESCOLARIZADA	<input type="checkbox"/> CUATRIMESTRAL
<input type="checkbox"/>	LICENCIATURA	<input checked="" type="checkbox"/> VESPERTINO	<input type="checkbox"/> NO ESCOLARIZADA	<input checked="" type="checkbox"/> SEMESTRAL
<input type="checkbox"/>	ESPECIALIDAD	<input type="checkbox"/> NOCTURNO	<input type="checkbox"/> MIXTA	<input type="checkbox"/> ANUAL
<input type="checkbox"/>	MAESTRÍA	<input type="checkbox"/> MIXTO		<input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFIQUE)
<input type="checkbox"/>	DOCTORADO			
		TIPO DE ALUMNADO		
		<input type="checkbox"/> FEMENINO		
		<input type="checkbox"/> MASCULINO		
		<input checked="" type="checkbox"/> MIXTO		

## DOMICILIO DE LA INSTITUCIÓN

CALLE Y NÚMERO	COLONIA
CALLE GARIBALDI No. 288	ZONA CENTRO
CÓDIGO POSTAL	DELEGACIÓN O MUNICIPIO
44280	GUADALAJARA
TELÉFONO (DOS POR LO MENOS)	FAX
36 13 69 88 36 13 69 93	36 13 69 93
	CORREO ELECTRÓNICO (TRES POR LO MENOS)
	drenc1957@gmail.com cescs qdl@hotmail.com
	irvzhajid79@hotmail

## SOLICITANTE (PERSONA MORAL O PERSONA FÍSICA)

\*ACOMPañAR DOCUMENTO QUE ACREDITE LA PERSONALIDAD

NOMBRE (S)	IRVING SHAJID
APELLIDO PATERNO	CISNEROS
APELLIDO MATERNO	MIRELES
NACIONALIDAD	MEXICANA

## DOMICILIO DEL SOLICITANTE (PERSONA MORAL O PERSONA FÍSICA)

CALLE Y NÚMERO	COLONIA
CALLE DURANGO No. 1519	MEZQUITAN COUNTRY
CÓDIGO POSTAL	DELEGACIÓN O MUNICIPIO
44260	GUADALAJARA
TELÉFONO	FAX
38 53 45 12	36 13 69 93
	CORREO ELECTRÓNICO (TRES POR LO MENOS)
	drenc1957@gmail.com cescs qdl@hotmail.com
	irvzhajid79@hotmail

PERSONAL DESIGNADO PARA REALIZAR LAS DILIGENCIAS PARA EL DESARROLLO Y SEGUIMIENTO DE ESTA SOLICITUD	
NOMBRE (S)	IRVING SHAJID
APELLIDO PATERNO	CISNEROS
APELLIDO MATERNO	MIRELES
TELÉFONOS	38 53 45 12
CORREO ELECTRÓNICO	irvzhajid79@hotmail

NOMBRES PROPUESTOS PARA LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA	
1.-	CENTRO DE ESTUDIOS SUPERIORES EN CIENCIAS DE LA SALUD
2.-	INSTITUTO DE ESTUDIOS SUPERIORES EN CIENCIAS
3.-	CENTRO DE ESTUDIOS SUPERIORES EN CIENCIAS

NOMBRE DEL PLANTEL EDUCATIVO (EN CASO DE CONTAR CON OTROS RECONOCIMIENTOS)

**MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD** QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTA SOLICITUD Y EN LOS ANEXOS QUE LE ACOMPAÑAN SON CIERTOS, QUE SON DE MI CONOCIMIENTO LAS PENAS EN QUE INCURREN QUIENES SE CONDUCE CON FALSEDAD ANTE AUTORIDAD DISTINTA DE LA JUDICIAL, QUE ACEPTO QUE EL DOMICILIO DE LA INSTITUCIÓN SEA EL MISMO DOMICILIO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES Y QUE AUTORIZO PARA OIRLAS Y RECIBIRLAS A LA(S) SIGUIENTE(S) PERSONA(S):

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD  
IRVING SHAJID CISNEROS MIRELES