



DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES  
Departamento de Declaración de Equivalencias,  
Revalidación de Estudios y Exámenes Profesionales

**SOLICITUD DE APLICACIÓN DEL EXAMEN GLOBAL TEÓRICO-PRÁCTICO**

Nombre: \_\_\_\_\_

**Apellido Paterno**

**Materno**

**Nombre (s)**

Número de Matrícula \_\_\_\_\_ Periodo en que cursó la carrera: \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento (Ciudad, país): \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Domicilio Local (calle, número y colonia): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código Postal.: \_\_\_\_\_

Teléfono particular o Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Carrera: \_\_\_\_\_

Departamento Académico del que depende: \_\_\_\_\_

Señale los motivos por los cuales solicita la aplicación del examen global teórico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NOTA:** Este formato se presentará al Departamento Académico que le corresponde, en original y copia, debiendo conservar la copia con el sello de recibido por el Departamento Académico.

\_\_\_\_\_

FIRMA

La Paz, B.C.S., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.