



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

**SOLICITUD DE EXENCIÓN DE EXAMEN PROFESIONAL**

La Paz, B.C.S, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

C. JEFE DEL DEPARTAMENTO DE DECLARACIÓN DE EQUIVALENCIAS,  
REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS Y EXÁMENES PROFESIONALES,  
P R E S E N T E.

Por este conducto y con fundamento en el Artículo 73 inciso \_\_\_\_ del Estatuto General de Alumnos, solicito a usted respetuosamente el trámite de mi Título Profesional de \_\_\_\_\_, tomando en consideración que he satisfecho los requisitos exigidos por la normatividad universitaria, conforme a los requisitos establecidos por la Dirección de Servicios Escolares.

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

**(como aparecerá en el Título)**

DOMICILIO PART. COMPLETO: \_\_\_\_\_

Calle

No.

COLONIA: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

TELEFONO PARTICULAR: \_\_\_\_\_ TELEFONO TRABAJO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_  
Firma