



DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES DEL ESTADO

Fecha de Solicitud

--	--	--

Año Mes Día

SOLICITUD DE REGISTRO PROFESIONAL ESTATAL DE GRADO ACADÉMICO DE MAESTRIA

1.- DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

CURP:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Fecha de Nacimiento:

--	--	--

 Año Mes Día

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Nombre (s): _____ Correo electrónico: _____

Nacionalidad: _____ Estado de Nacimiento: _____

Municipio de Nacimiento: _____ Localidad de Nacimiento: _____

Sexo: Mujer: Hombre:

2.- DOMICILIO PARTICULAR

Calle: _____ No. Ext.: _____ No. Int.: _____ C.P.:

--	--	--	--	--

Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____

Télefono: _____

3.- DATOS DE LICENCIATURA

Nombre de la Institución: _____

Domicilio: _____ Estado: _____

Municipio: _____

Estudios Realizados: Del

--	--	--

 Año Mes Día Al

--	--	--

 Año Mes Día

4.- ESTUDIOS REALIZADOS

Profesión: _____ Fecha Expedición de Título:

--	--	--

 Año Mes Día

Estudios Realizados: Del

--	--	--

 Año Mes Día Al

--	--	--

 Año Mes Día

Fecha de Examen Profesional o Acta de Titulación:

--	--	--

 Año Mes Día

Número de Cédula Profesional: _____

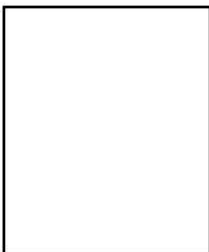
Nombre de la Institución: _____

Domicilio: _____

Estado: _____ Municipio: _____

Manifiesto bajo protesta decir verdad que la presente información es verídica.

Foto:



Firma:

