

**DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD**

**SUBDIRECCIÓN DE EDUCACIÓN PARAMÉDICA**

**ESCUELA SUPERIOR DE REHABILITACIÓN**

**SOLICITUD DE SALIDA DE DOCUMENTOS OFICIALES A**

**PETICIÓN DEL ALUMNO**

 **FECHA DE SOLICITUD**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 **DÍA MES AÑO**

|  |
| --- |
| **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO** |

**NOMBRE DEL ALUMNO: MATRÍCULA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CORREO ELECTRÓNICO TELÉFONOS Y/O CELULAR LICENCIATURA**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE DE COORDINADORA (O)**

|  |
| --- |
| **RAZONES POR LAS CUALES SOLICITA LA DOCUMENTACIÓN Y FECHA COMPROMISO DE ENTREGA :** |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOCUMENTOS SOLICITADOS:** |  | **ORGINAL** | **COPIA** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **CERTIFICADO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **ACTA DE NACIMIENTO** | **( )** | **( )** |  | **FECHA DE ENTREGA** |
| **CURP** | **( )** | **( )** |  | **DE DOCUMENTACIÓN** |
| **COPIA DE CREDENCIAL INE** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **CERTIFICADO DE PRIMARIA LEGALIZADO (EXTRANJERO)** | **( )** | **( )** |  |
|  |  |  |  | **DÍA** | **MES** | **AÑO** |

|  |
| --- |
| **NOTA IMPORTANTE: EL DOCUMENTO (S) SE ENTREGA (N) EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES COMPROMETIENDOSE A ENTREGARLO (S) EN LA MISMA CONDICION:** |

 **SI NO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | **TACHADURAS** | **( )** | **( )** |
| **2** | **ENMENDADURAS** | **( )** | **( )** |
| **3** | **OTROS (LEGIBLE)** | **( )** | **( )** |

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

**FIRMA DEL ALUMNO FIRMA DE COORDINADORA (O)**

 **CORRESPONDIENTE**

**Aviso de Privacidad:** El Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, garantiza el derecho que tiene toda persona a la protección de sus datos personales recabados en este formulario, los cuales serán de uso exclusivo para la solicitud de salida de documentos oficiales, como lo establece el art. 25 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

**F02-PR-SEP-10 Rev. 01 DIC 20**