



FOLIO ()
CARTA COMPROMISO

C. _____

Coordinador del Centro de

Telebachillerato: _____

Clave: 30ETH _____, Turno: _____

Periodo Escolar: _____, Fecha: _____

PRESENTE:

Con la finalidad de obtener la **INSCRIPCIÓN DEFINITIVA** según el semestre que corresponda o se haya autorizado, **me comprometo** a entregar:

EQUIVALENCIA DE ESTUDIOS, EXPEDIDA POR EL DEPARTAMENTO DE REVALIDACIÓN Y EQUIVALENCIA DE ESTUDIOS, DE LA SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR DE LA S.E.V., EN UN PLAZO DE 60 DÍAS HÁBILES A PARTIR DEL INICIO DEL SEMESTRE (34.1 NORMAS GENERALES DE CONTROL ESCOLAR) Nota.- LOS ALUMNOS EN ESTA SITUACIÓN DEBERAN LLENAR LA CARTA COMPROMISO DE EQUIVALENCIA DE ESTUDIOS Y ANEXARLA A ESTE DOCUMENTO.

CERTIFICADO QUE ACREDITE LA EDUCACIÓN SECUNDARIA Y CON FECHA DE CONCLUSIÓN DE ESTUDIOS NO POSTERIOR AL 30 DE SEPTIEMBRE DEL AÑO EN CURSO, EN UN PLAZO DE 60 DÍAS HÁBILES IMPROPRORROGABLES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE INICIA EL CICLO ESCOLAR. Nota.- SOLO APLICA EN LOS CASOS DE INSCRIPCIONES A PRIMER SEMESTRE..
--

CONSTANCIA OFICIAL LEGALIZADA DEL(OS) SEMESTRE(S) CURSADO(S) EN ALGUN PLANTEL DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE TELEBACHILLERATO O DE BACHILLERATO (si tuvo equivalencia o convalidación anteriormente, anexar copia de la misma), EN UN PLAZO MÁXIMO DE 30 DÍAS HÁBILES A PARTIR DE LA FECHA EN QUE INICIA EL SEMESTRE.

DOCUMENTO QUE MANIFIESTA DECIR VERDAD DE NO HABER CURSADO ALGÚN SEMESTRE DE BACHILLERATO EN INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR DEL ESTADO, PARA EVITAR DUPLICIDAD DE CRÉDITOS POR LA RAZÓN DE HABER INTERRUMPIDO SUS ESTUDIOS.

Por lo que se autoriza asistir a clases de **MANERA TEMPORAL** al semestre:

PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO	CUARTO	QUINTO	SEXTO
---------	---------	---------	--------	--------	-------

Así mismo acepto que si no entrego el documento antes citado en el plazo establecido, **CAUSARÉ BAJA AUTOMÁTICA SIN DERECHO A EXÁMENES FINALES. ASÍ COMO A LA ENTREGA DE ALGÚN DOCUMENTO, SIN RESPONSABILIDAD PARA EL CENTRO DE TELEBACHILLERATO.**

ATENTAMENTE

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PADRE
O TUTOR

sello del centro

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE QUIEN RECIBE
(COORDINADOR DEL CENTRO)

Legenda de Consentimiento para el Tratamiento de Datos.

(Validación de Información por parte de Terceros)

“De igual forma SI () NO () autorizo a las autoridades educativas y directivos escolares del plantel oficial, para que los datos personales que se recaben con objeto del presente formato, puedan ser difundidos públicamente o transferidos a otras autoridades e instituciones educativas y no educativas, con el fin de que sea posible **validar la autenticidad de los certificados, diplomas, títulos o grados que se expidan a mi favor.** En estos casos, sólo serán publicados los datos mínimos indispensables para realizar la verificación de autenticidad del documento, y de ninguna manera se difundirán datos sensibles.”

Ccp. El interesado.- Para su conocimiento.

Ccp. Lic. Luciano Ramírez Moncayo.- Jefe de la Oficina de Control Escolar y Registro de Información de la DGTEBA.- Mismo fin.

Ccp. Archivo.