

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) <b>Nota.- LOS ALUMNOS EN ESTA SITUACIÓN DEBERAN LLENAR LA CARTA COMPROMISO DE EQUIVALENCIA DE ESTUDIOS Y ANEXARLA A ESTE DOCUMENTO.</b>
	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. <b>Nota.- SOLO APLICA EN LOS CASOS DE INSCRIPCIONES A PRIMER SEMESTRE.</b>
	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

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

*sello del centro*

<p align="center"><b>Aviso de privacidad simplificado para la inscripción de alumnos.</b></p> <p>La Secretaría de Educación de Veracruz a través de la Dirección General de Telebachillerato. (DGTEBAEV), con domicilio en Río Jamapa, No. 116, colonia Cuauhtémoc, Código Postal 91069, Xalapa Veracruz México, es responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley 316 de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Veracruz, nos comprometemos a no transferir información personal a terceros sin su consentimiento, salvo las excepciones previstas en la normativa de Protección de Datos Personales y demás normatividad que resulte aplicable. Usted podrá consultar el aviso de privacidad integral en <a href="http://www.sev.gob.mx">http://www.sev.gob.mx</a></p>
--

C.c.p. El interesado.- Para su conocimiento.

C.c.p. Mtra. Manuela Arvizo García.- Jefa de la Oficina de Control Escolar y Registro de Información de la DGTEBA.- Mismo fin.

C.c.p. Archivo.

