



**SECRETARÍA DE EDUCACIÓN  
DEPARTAMENTO DE PROFESIONES**

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PROVISIONAL PARA EJERCER LA PROFESIÓN EN EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA (LICENCIATURA, ESPECIALIDAD, MAESTRÍA, DOCTORADO Y TÉCNICO)**

**INSTRUCCIONES GENERALES**

- \*Llenar con letra de molde o con máquina de escribir. **Utilizar únicamente tinta color azul**
  - \*Contestar todos los datos solicitados sin abreviaturas
  - \*Pegar en esta solicitud la fotografía del interesado: de frente, tamaño filiación, blanco y negro
  - \*Asentar la firma del interesado en la parte final de la solicitud dentro del recuadro
  - \*El trámite y recepción de la Autorización Provisional para Ejercer la Profesión en el Estado lo podrán realizar:
    - a) El interesado
    - b) Persona distinta, presentando: Carta poder simple que le autorice a tramitar y recibir la Autorización Provisional. Presentando copia de identificación oficial de ambas partes con fotografía y firmas autógrafas. Debiendo ser coincidentes las firmas del interesado.
- \*Esta solicitud no debe tener tachaduras, raspaduras o enmendadura alguna.

**DATOS PERSONALES**

Nombre (s) \_\_\_\_\_  
Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_  
Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_  
Nacionalidad \_\_\_\_\_ Género: F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: Año \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_  
CURP \_\_\_\_\_ RFC \_\_\_\_\_

**\*Domicilio particular:**

Calle y número \_\_\_\_\_  
Col. o Fracc. \_\_\_\_\_  
CP \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Tel. local o Celular \_\_\_\_\_

**DATOS PROFESIONALES**

\*Se solicita la presente Autorización Provisional para:

\* Institución o instancia en la que me desempeñe o desempeñaré profesionalmente:

\*Período de desempeño:

## DOCUMENTACIÓN ANEXA:

- 1.- Original y copia por ambos lados del Certificado de Estudios, en reducción tamaño carta; con **promedio mínimo de ocho (ochenta con base en 100)**.
- 2.- Original y copia por ambos lados de la carta pasante o equivalente.
- 3.- Original y copia de la liberación de servicio social e internado para los egresados de medicina y carreras afines.
- 4.- Constancia emitida por la institución de educación de donde egresó con fecha de expedición no mayor a 30 días naturales:
  - a) De Buena conducta;
- 5.- Carta de responsiva del profesionista de la misma rama y grado académico, acompañada de copia fotostática de su Registro Profesional Estatal. Ambos documentos deberán tener firma autógrafa del profesional **con tinta azul** (el formato de responsiva es proporcionado por el Departamento de Profesiones)
- 6.- Dos fotografías de frente, tamaño filiación, en blanco y negro
- 7.- Recibo de pago de servicio efectuado en Recaudación de Rentas del Estado en el municipio que corresponda. **(REFERENCIA DE PAGO 4315002)**

**\*NO DEBERÁ DE TENER MÁS DEL AÑO DE TERMINADOS LOS ESTUDIOS.**

**\*ESTE TRÁMITE SE RECIBIRÁ ÚNICAMENTE CUANDO EL INTERESADO ANEXE LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA.**

---

**REVISÓ Y COTEJÓ LA DOCUMENTACIÓN  
PERSONAL DE PROFESIONES**

---

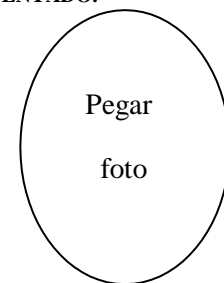
**RECIBÍ EN DEVOLUCIÓN LOS DOCUMENTOS ORIGINALES  
PERSONA QUE TRÁMITA LA AUTORIZACIÓN**

## FOTOGRAFÍA Y FIRMA DEL PROFESIONISTA

**BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD ME MANIFIESTO CONOCEDOR (A) DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA Y SEÑALO COMO VERÍDICA LA QUE HE PROPORCIONADO, ASÍ COMO AUTÉNTICOS LOS DOCUMENTOS ORIGINALES QUE HE PRESENTADO.**



Firma del solicitante dentro del recuadro



FECHA DE PRESENTACIÓN

\_\_\_\_\_ B.C., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## RESPONSIVA PROFESIONAL

\_\_\_\_\_, Baja California, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**C. TITULAR DEL DEPARTAMENTO  
DE PROFESIONES-SEBS  
P R E S E N T E.-**

\_\_\_\_\_, con  
título profesional de \_\_\_\_\_, con  
Registro Profesional Estatal Número \_\_\_\_\_, en términos del  
numeral 19 de la Ley de Ejercicio de las Profesiones para el Estado de Baja California, me  
manifiesto responsable del consejo y dirección profesional para con  
\_\_\_\_\_, a efecto de  
que se le expida la Autorización Provisional para ejercer la profesión de  
\_\_\_\_\_

**ATENTAMENTE**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del responsable

Domicilio \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ correo electrónico \_\_\_\_\_

\*Este documento deberá llenarse por el profesionista responsable y no debe tener manchas, tachaduras, raspaduras o enmendadura alguna.