

SOLICITUD DE REGISTRO CONSULTOR

Persona Física

Persona Moral

Nuevo

Refrendo

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre o Razón Social _____

Denominación social: _____

Nombre del Representante Legal: _____

Domicilio Particular y/o Fiscal: Calle: _____

Número: _____ Colonia: _____

Municipio: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Fecha y Lugar de nacimiento: _____

R.F.C.: _____ C.U.R.P.: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Registro S.T.P.S.: _____

NIVEL ACADÉMICO

Técnico

Licenciatura

Maestría

T.S.U.

Especialidad

Doctorado

Manifiesto que todos los datos contenidos en esta solicitud son ciertos:

_____ A _____ DE _____ DE _____
LUGAR DÍA MES AÑO FIRMA DEL SOLICITANTE