***Formato 1***

**ASUNTO**: Solicitud de reapertura en el domicilio autorizado de centros de trabajo con autorización de validez oficial de estudios nivel **preescolar**.

 Lugar y fecha

**LIC. FLORENCIO DE LA CRUZ VALDIVIESO**

**DIRECTOR DE PLANEACIÓN EDUCATIVA**

**DEL INSTITUTO ESTATAL DE EDUCACIÓN PÚBLICA DE OAXACA**

**P R E S E N T E.**

El (La) que suscribe (nombre de la persona física o representante legal de la persona moral y nombre de la persona moral), señalando domicilio para oír y recibir notificaciones el ubicado en (Especificar el domicilio correcto, Calle, número, Colonia, Localidad, Municipio, Estado, Código Postal y número telefónico) así como al correo electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; autorizando para tal efecto, para recoger todo tipo de documentación al ciudadano(a) (Nombre completo y número telefónico de las personas autorizadas para estos efectos, pueden ser profesionistas o simples ciudadanos).

Comparezco ante esta H. Autoridad Educativa a solicitar, con fundamento en los Artículos 3° fracción VI y 8° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 13 y 126 fracción VI de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca; 1°, 15,16, 146, 147 y 149 de la Ley General de Educación y 1, 2, 3, 7, 69 y 70 de la Ley de Educación para el Estado Libre y Soberano de Oaxaca; Acuerdo Secretarial 243 Base y Acuerdo Secretarial Especifico 357; **la reapertura del Centro de Trabajo** denominado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que fue autorizado mediante Acuerdo de Autorización de Validez Oficial de Estudios de incorporación número \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_\_\_ con domicilio autorizado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; con turno matutino y

Con alumnado:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MASCULINO ( )** | **FEMENINO ( )** | **MIXTO ( )** |

Tipo de construcción

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EXPROFESO ( )** | **ADAPTADO ( )** | **MIXTO ( )** |

De conformidad con los datos siguientes:

|  |
| --- |
| **De la persona física**  |
| Nombre |  |
| Fecha de Nacimiento |  |
| C.U.R.P. |  |

|  |
| --- |
| **De la persona moral**  |
| Nombre del Representante Legal: |  |
| Nombre de la persona moral a la que representa: |  |
| R.F.C. de la persona moral: |  |
| Constitución de la persona moral según acta número: |  |
| Nombre y número del Notario Público: |  |
| Con la autorización de la Secretaría de Relaciones Exteriores o Secretaría de Economía bajo el número: |  |
| Inscrita en el Registro Público de la Propiedad bajo el número: |  |

Por otra parte, y en cumplimiento con los requisitos establecidos en el artículo 4°., fracción VII y 5° del Acuerdo 357 por el que se establecen los trámites y procedimientos relacionados con la Autorización de Validez Oficial de Estudio para impartir educación preescolar, solicito que el plantel educativo siga denominándose:

**NOMBRE DEL PLANTEL EDUCATIVO**

En virtud de lo anterior, y “**BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD**”, declaro:

1. Que los datos asentados en la presente solicitud y en los Anexos que acompaño, son ciertos.
2. Que cuento con el personal directivo y docente con la preparación profesional para impartir los estudios de los que solicito la autorización de validez oficial.
3. Que cuento con instalaciones que satisfacen las condiciones higiénicas, de seguridad y pedagógicas para impartir los estudios de los que solicito la autorización de validez oficial, además de que el inmueble donde se localizan dichas instalaciones lo ocupo legalmente y se encuentra libre de toda controversia administrativa o judicial y que será ocupado para impartir los estudios solicitados mientras se mantenga vigente el acuerdo de autorización de validez oficial de estudios (se proporcionan datos en el anexo 2)
4. Que acataré y cumpliré en su totalidad los planes y programas de estudio.

Así mismo, manifiesto que en caso de haberme conducido con falsedad en los datos asentados en mi solicitud y anexos, acepto la resolución que emita esa Autoridad Educativa, así como cualesquiera de las sanciones a que dé lugar dicha acción, **deslindando a esta Autoridad** de cualquier situación que se suscite dentro del inmueble propuesto, ya sea de carácter estructural que ponga en riesgo la vida de los menores y del personal contratado, así como las de carácter penal, en caso de haber iniciado actividades educativas previas a la autorización.

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

SELLO DEL PLANTEL

 **ESPECIFICANDO EL NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN CIVIL**

 **O SOCIEDAD CIVIL (SI ES PERSONA MORAL)**

 **O**

 **NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR DEL ACUERDO**

 **(SI ES PERSONA FÍSICA).**

 plantel

 **BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD**

 **NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL**

 **ESPECIFICANDO EL NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN CIVIL**

 **O SOCIEDAD CIVIL (SI ES PERSONA MORAL)**

 **O**

 **NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR DEL ACUERDO**

 **(SI ES PERSONA FÍSICA).**

***ANEXO 2***

**INSTALACIONES**

El que suscribe (*nombre de la persona física o representante legal de Nombre de la Persona Moral*) BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, manifiesta que cuenta con las instalaciones necesarias, de acuerdo a lo previsto por el artículo 147 fracción II, de la Ley General de Educación, y el acuerdo por el que se establecen los requisitos y procedimientos relacionados con la autorización para impartir educación **preescolar,** de conformidad con los datos siguientes:

#### DATOS GENERALES DEL INMUEBLE.

|  |  |
| --- | --- |
| Calle |  |
| Colonia |  |
| Localidad |  |
| Municipio |  |
| Entidad Federativa: |  |
| Código Postal |  |
| Teléfono |  |
| C. Electrónico |  |

1. **CONSTANCIA DE USO DE SUELO.**

|  |  |
| --- | --- |
| Autoridad que la expide: |  |
| Nombre y Cargo del Funcionario que autorizó: |  |
| Fecha de expedición: |  |
| Vigencia: |  |

1. **ACREDITACIÓN LEGAL DEL INMUEBLE.**
2. **Inmuebles propios.**

Número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pasada ante la fe del Notario Público No. \_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lic. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e inscrita en el Registro Público de la Propiedad o Instituto de la Función Registral (Eliminar el que no aplique) con fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bajo el número de folio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. **Contrato de arrendamiento.**

|  |  |
| --- | --- |
| Arrendador: |  |
| Arrendatario: |  |
| Fecha del contrato: |  |
| Vigencia: |  |
| Inmueble destinado para: |  |
| Registrado ante: |  |
| Con fecha: |  |

1. **Contrato de comodato**.

|  |  |
| --- | --- |
| Comodante: |  |
| Comodatario: |  |
| Fecha del contrato: |  |
| Vigencia: |  |
| Inmueble destinado para: |  |
| Ratificado en sus firmas ante el Notario Público No. \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |

**4. DICTAMENDE SEGURIDAD ESTRUCTURAL.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del D.R.O Clasificación A: |  |
| Número del Registro: |  |
| Vigencia del Registro:  |  |
| Autoridad que expide el registro:  |  |
| Fecha de expedición del Dictamen de Seguridad Estructural: |  |
| Vigencia del Dictamen de Seguridad Estructural:  |  |

1. **CONSTANCIADE SEGURIDAD ESTRUCTURAL.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del D.R.O Clasificación A: |  |
| Número del Registro |  |
| Vigencia del Registro:  |  |
| Autoridad que expide el registro:  |  |
| Fecha de expedición de la Constancia de Seguridad Estructural: |  |
| Vigencia de la Constancia de Seguridad Estructural:  |  |

1. **CONSTANCIA DE FUNCIONALIDAD.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del D.R.O Clasificación A:: |  |
| Número del Registro |  |
| Vigencia del Registro:  |  |
| Autoridad que expide el registro:  |  |
| Fecha de expedición de la Constancia de Funcionalidad: |  |

1. **DICTAMEN FAVORABLE DE CONDICIONES SANITARIAS, EXPEDIDA POR LOS SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA.**

|  |  |
| --- | --- |
| Autoridad que la expide: |  |
| Nombre y Cargo del Funcionario que autorizó: |  |
| Fecha de expedición: |  |

1. **REPORTE DE FACTIBILIDAD EMITIDO POR LA COORDINACIÓN ESTATAL DE PROTECCIÓN CIVIL.**

|  |  |
| --- | --- |
| Autoridad que la expide: |  |
| Nombre y Cargo del Funcionario que autorizó: |  |
| Fecha de expedición: |  |

1. **CONSTANCIA DEL PLAN ESCOLAR DE GESTIÓN DE RIESGOS DE DESASTRES, EMITIDA POR LA COORDINACIÓN ESTATAL DE PROTECCIÓN CIVIL.**

|  |  |
| --- | --- |
| Autoridad que la expide: |  |
| Nombre y Cargo del Funcionario que autorizó: |  |
| Fecha de expedición: |  |
| Vigencia: |  |

1. **DESCRIPCIÓN DE INSTALACIONES.**

**Dimensiones (m2).**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Predio |  | Construido |  |

**Área Cívica.**

|  |  |
| --- | --- |
| Superficie (m2) | Asta banderaSI ( ) NO ( ) |
|  |  |

**Tipo de estudios que imparte en el local actualmente (indicar número de alumnos).**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Educación básica | Educación media | Educación superior | Otro (Especifique) |
|  |  |  |  |

**Instalaciones administrativas (indicar).**

|  |  |
| --- | --- |
| Dirección |  |
| Subdirección |  |
| Oficinas Administrativas |  |
| Control Escolar |  |
| Atención al Público |  |
| Área para profesores |  |

**Aulas.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No.Total | Capacidad promedio(cupo de alumnos) | Superficie(m2) | Altura | VentilaciónnaturalSI ( ) NO ( ) | IluminaciónNaturalSI ( ) NO ( ) |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |

**Cubículos, en su caso.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cubículo | Destinado a: | Capacidadpromedio | Superficie(m2) | VentilaciónnaturalSI ( ) NO ( ) | IluminaciónNaturalSI ( ) NO ( ) |
|  |  |  |  |  |  |

**Sanitarios.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Número de retretes | Número de mingitorios | Número de lavabos | Número de bebederos | VentilaciónnaturalSI ( )NO ( ) | IluminaciónNaturalSI ( )NO ( ) |
| Alumnado masculino |  |  |  |  |  |  |
| Alumnado femenino |  |  |  |  |  |  |
| Personal masculino |  |  |  |  |  |  |
| Personal femenino |  |  |  |  |  |  |

**Instalaciones para actividades físicas.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Descripción | SI o NO | Instalaciones o equipo propuesto |
| Canchas de usos múltiples |  |  |
| Chapoteadero |  |  |
| Arenero |  |  |
| Zona de juegos mecánicos |  |  |
| Áreas verdes |  |  |

|  |
| --- |
| **Otras (especificar)** |
|  |
|  |

**Centro de documentación o biblioteca**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dimensiones (m2) |  | Ventilación naturalSI ( ) NO ( ) |  | Iluminación naturalSI ( ) NO ( ) |  |

**11. ACREDITACIÓN DE MEDIOS E INSTRUMENTOS PARA PRESTAR PRIMEROS AUXILIOS.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Núm. | Medios e instrumentos | Características | Cantidad |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

#### 12. FILTROS COVID

Debido al mandato constitucional por el que se aprueban acciones indispensables para la atención y protección de niñas, niños y adolescentes durante la emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, por la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID19), por el derecho a la protección de la salud, se solicita obligatoriamente contar con:

|  |  |
| --- | --- |
| SEÑALAMIENTOS | OBSERVACIONES |
| RUTA DE ENTRADA |  |  |  |
| RUTA DE SALIDA |  |  |  |
| SANA DISTANCIA |  |  |  |
| USO DE CUBRECOCAS |  |  |  |
| PRODUCTOS DE DESINFECCIÓN |  |
| TAPETES SANITIZANTES |  |  |  |
| GEL ANTIBACTERIAL  |  |  |  |
| INTRUMENTOS DE MEDICIÓN |  |
| TERMÓMETRO |  |  |  |

**13. RELACIÓN DE INSTITUCIONES DE SALUD ALEDAÑAS, SERVICIO DE AMBULANCIAS U OTROS SERVICIOS DE EMERGENCIA A LOS CUALES RECURRIRÁ LA INSTITUCIÓN EN CASO DE NECESIDAD.**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |

**BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD**

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

**NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL**

 **ESPECIFICANDO EL NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN CIVIL**

**O SOCIEDAD CIVIL (SI ES PERSONA MORAL)**

**O**

**NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR DEL ACUERDO**

**(SI ES PERSONA FÍSICA).**

**A N E X O 1**

**PERSONAL DIRECTIVO Y DOCENTE**

El (La) que suscribe , **BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD,** manifiesta los datos de identificación del personal directivo y docente, para dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 55 fracción I, de la Ley General de Educación y en el Acuerdo por el que se establecen los requisitos y procedimientos relacionados con la autorización para impartir educación preescolar:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **NOMBRE** | **NACIONALIDAD** | **FORMA MIGRATORIA** | **SEXO** | **PERFIL ACADÉMICO** | **NÚMERO DE CÉDULA PROFESIONAL O GRADO ACADÉMICO** | **EXPERIENCIA** | **CARGO O PUESTO A DESEMPEÑAR** |
| **MASCULINO** | **FEMENINO** | **DIRECTIVO** | **DOCENTE** |
| Nombre completo, conforme a la documentación probatoria. | Mexicana |  | X |  | Doctor en Pedagogía | 50203040 | X | X | Director |
|  | Peruana | FM3 |  | X | Lic. en Educación Preescolar | 50203041 |  |  | Docente de 1er año. |
|  |  |  |  |  | Lic. en Educación Preescolar | 50203042 |  | X | Docente de 2º año. |
|  |  |  |  |  | Lic. en Educación Preescolar | 50203043 |  | X | Docente de 3er año. |
|  |  |  |  |  | Lic. en Educación Física | 50203044 |  | X | Profesor de Educación Física |
|  |  |  |  |  | Lic. en Psicología | 50203045 |  | X | Personal de apoyo a la educación |

**BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD**

FIRMA

**C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL**

**ESPECIFICANDO EL NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN CIVIL**

**O SOCIEDAD CIVIL (SI ES PERSONA MORAL)**

**O**

**NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR DEL ACUERDO**

**(SI ES PERSONA FÍSICA).**

 LUGAR Y FECHA

**CURRÍCULUM VITAE (formato 2)**

Fotografía tamaño infantil

1. **DATOS PERSONALES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE: |  |  |  |  |
|  | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE (S) |  |
| FECHA DE NACIMIENTO: | **00** |  | **00** |  | **00** |  |
|  | DÍA |  | MES |  | AÑO |  |
| LUGAR DE NACIMIENTO: |  |  |
| SEXO: | M ( |  | ) | F ( |  | ) |  |
| CURP:  |  | R.F.C. |  |  |
| ESTADO CIVIL: |  |  |
| NACIONALIDAD: |  |  |
| DOMICILIO PARTICULAR: |  |  |  |  |
|  | CALLE |  | NÚMERO |  |
|  |  |  |  |  |
|  | COLONIA |  | POBLACIÓN |  |
|  |  |  |  |  |
|  | ESTADO |  | C. P. |  |
| TELÉFONO PARTICULAR: |  |  |
| CORREO ELECTRÓNICO: | @ |  |

1. **ESTUDIOS REALIZADOS**

|  |
| --- |
| **2.1. ESTUDIOS DE LICENCIATURA** |
| LICENCIATURA: |  |  |
| INSTITUCIÓN: |  |  |
| PERIODO DE |  |  |  | A |  |  |  |  |
|  | MES |  | AÑO |  | MES |  | AÑO |  |
| PASANTE | ( |  | ) | TÍTULO | ( |  | ) | No. DE CÉDULA | (00000**000** ) |
|  |
| **2.2. ESTUDIOS DE POSGRADO** |
| NIVEL: | ESPECIALIDAD | ( |  | ) | MAESTRÍA | ( |  | ) | DOCTORADO | ( |  | ) |  |
| NOMBRE:  | **MAESTRÍA EN** |  |
| INSTITUCIÓN: |  | PAÍS: |  |  |
| PERIODO DE |  |  |  | A |  |  |  |  |
|  | MES |  | AÑO |  | MES |  | AÑO |  |
| TÍTULO | ( |  | ) | No. DE CÉDULA | **(000000000)** | DIPLOMA | ( |  | ) |  |
|  |
| **2.3. ESTUDIOS QUE ACTUALMENTE REALIZA** |
| NIVEL Y NOMBRE: |  |  |
| FECHA DE INGRESO: |  |  |  |  |
|  | MES |  | AÑO |  |
| INSTITUCIÓN: |  | PAÍS |  |  |
|  |

\*En caso de tener más de un estudio de licenciatura, posgrado o realiza dos estudios al mismo tiempo, anexar las hojas que sean necesarias.

1. **EXPERIENCIA DOCENTE (en orden cronológico descendente)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INSTITUCIÓN**  | **NIVEL** | **PERIODO (MES / AÑO)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **CURSO DE ACTUALIZACIÓN DIDÁCTICA O ESPECIALIZACIÓN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL CURSO** | **INSTITUCIÓN** | **LUGAR** | **PERIODO** | **HORAS** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

***Se integra toda la documentación que ampara la información que presenta.***

***NOTA: Máximo 3 documentos.***

**LIC.**

***NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA A LA QUE CORRESPONDE EL CURRICULUM Y ANEXAR DOCUMENTACIÓN PROBATORIA DE LO MENCIONADO EN EL PRESENTE.***

**LUGAR Y FECHA (mes y año)**