



# MINISTERIO DE EDUCACIÓN PÚBLICA

Dirección de Infraestructura Educativa

TEL.: ☎ 2221-4808, 2221-4842, 2222-4621

Mail: centrosprivados.die@mep.go.cr

COORDINACIÓN DE CENTROS PRIVADOS

## FORMULARIO F2 SOLICITUD DE VALORACION DE PLANOS DE CENTROS EDUCATIVOS PRIVADOS (debe ser llenado por el propietario)

Nombre del Centro Educativo (Adjuntar copia certificación del Registro Público del nombre).

Nombre del propietario del C.E. y cédula de persona física o jurídica. (Adjuntar copia de personería y cédula jurídica)

 N°

### Ubicación del Centro Educativo

Provincia	Cantón	Distrito	Localidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Info. De Plano Catastrado (N°)

### Área del terreno

### Dirección exacta

### Referencia para notificaciones del propietario

Teléfono:  Fax:

E-Mail

### Descripción de las obras:

Inició trámite de acreditación ante Dirección de Educación Privada, CONESUP o del Consejo Superior de Educación?  
SI  NO

### Propósito de la solicitud. (Marque con una x)

- CONSTRUCCION NUEVA  
 AMPLIACIÓN  
 REMODELACIÓN  
 CAMBIO DE USO

- ADECUACIÓN  
 OTRO (especifique):

TIPO DE CARRERAS A IMPARTIR: Ej: Admón.

Biología  Sistemas  Otras indique:

Nivel y modalidad educativa.	Horario matutino	Horario Vespertino	Horario Nocturno	Matrícula actual	Matrícula proyectada (3 años)	OBSERVACIONES
	Marque con (x)			Cantidad	Cantidad	
Preescolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Primaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Para Universitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Universitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

En caso de existir indique cantidad de espacios físicos

Fecha de recepción de documentos: \_\_\_\_\_

Aulas académicas	<input type="text"/>	Aulas preescolar	<input type="text"/>	Biblioteca	<input type="text"/>	Área administrativa	<input type="text"/>
Salón multiuso	<input type="text"/>	Baterías sanitarias	<input type="text"/>	Comedor	<input type="text"/>	Laboratorio computo:	<input type="text"/>

Otros: \_\_\_\_\_

Solicitante propietario		Profesional Responsable		No. CFIA
Nombre:	<input type="text"/>	Nombre:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cédula:	<input type="text"/>	Cédula:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma:	<input type="text"/>	Firma y Teléfonos:	<input type="text"/>	<input type="text"/>