Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

JEFA (E) DE DIVISIÓN DE LA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

P R E S E N T E

Por medio del presente solicito autorización para iniciar Trámites de Titulación integral:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de la/el egresado** |  |
| **No. de control**  (la división te lo proporciona) |  |
| **Matricula** |  |
| **Modalidad de titulación** |  |
| **Nombre del proyecto**  (No Aplica para EGEL y Excelencia académica) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del Asesor** |  |
| **Número de estudiantes**  (en caso de ser mas de 1 colocar el No. de control asignado por la división de todos los integrantes) |  |

**A T E N T A M E N T E**

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

Nombre completo del solicitante Firma del solicitante

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CURP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_