|  |
| --- |
| Nombre: |
| Matricula: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ÁREA | SELLO | NOMBRE Y FIRMA  del responsable designado por el área correspondiente o jefe(a) |
| Centro de Información y documentación  (Biblioteca) |  |  |
| Laboratorio de Cómputo |  |  |
| Laboratorio de Animación Digital y Efectos Visuales |  |  |
| Departamento de Vinculación |  |  |
| Control Escolar  \* Entrega original y copia  a este departamento  ambos serán sellados.  \* Saca la copia una vez que tengas todos los sellos, excepto este. |  |  |

* Verifica que el nombre esté correctamente escrito en el campo correspondiente