**Lugar y Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_(1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**C. ISRAEL ADÁN ESTRADA CORTÉS**

**Jefe (a) de la División de Estudios Profesionales**

**Presente**

 **At´n C. MA. DEL CARMEN RUIZ HERNÁNDEZ**

**Coordinador (a) del apoyo a Titulación**

Por medio del presente solicito autorización para iniciar tramite de registro del proyecto de Titulación / Titulación integral:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: | (4) |
| Carrera:  | (5) |
| No. de Control:  | (6) |
| Nombre del proyecto: | (7) |
| Producto | (8) |

En espera de la aceptación de esta solicitud, quedo a sus órdenes.

**ATENTAMENTE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(9)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma del estudiante**

|  |  |
| --- | --- |
| Dirección: | (10) |
| Teléfono particular o de contacto: | (11) |
| Correo electrónico del estudiante  | (12) |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

|  |  |
| --- | --- |
| **No.** | **Descripción** |
| 1 | Anotará lugar y fecha en que se genera la solicitud |
| 2 | Anotará el nombre del Jefe (a) de la División de Estudios Profesionales  |
| 3 | Anotará el nombre del coordinador (a) de apoyo a titulación  |
| 4 | Anotará el nombre completo del /de la egresado (a) |
| 5 | Anotará el carrera cursada |
| 6 | Anotará el número de control |
| 7 | Anotará el título de proyecto de titulación integral  |
| 8 | Anotará producto de la titulación integral  |
| 9 | Anotará nombre y firma del /de la egresado(a)  |
| 10 | Anotara la dirección del /de la egresado(a) |
| 11 | Anotará el teléfono de contacto del /de la egresado(a) |
| 12 | Anotara el correo electrónico del /de la egresado(a) |