**SOLICITUD DEL ESTUDIANTE PARA LA TITULACIÓN INTEGRAL**

Fecha: *(Indicar fecha en formato: Día/Mes/Año)*

**MPE. IVONNE ALEJANDRA DAVILA HERRERA**

**JEFA DE DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**PRESENTE.**

**At´n CP. José Arturo Gonzalez Torres**

**Coordinador de Titulación**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** |  |
| **Carrera:** |  |
| **No. de control:** |  |
| **Nombre del proyecto:** | *(Exactamente igual al nombre asentado en el Acta de calificación de la Residencia Profesional)* |
| **Producto:** | INFORME TÉCNICO DE RESIDENCIA PROFESIONAL |

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

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

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dirección:** |  |
| **Teléfono particular:** |  |
| **Teléfono celular:** |  |
| **Correo electrónico:** |  |