

Opción de Titulación de Licenciatura

Fecha: | | |
Día Mes Año

Por medio de la presente solicito sea autorizada la siguiente Opción de Titulación:

| Planes 2006 (o anteriores) | Planes 2012 |
|--|--|
| Promedio <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Proyecto Final <input type="checkbox"/> Proyecto Integrador <input type="checkbox"/> | Titulación Automática <input type="checkbox"/> |

Apellido paterno, apellido materno, nombre(s)

(ID)

(Carrera)

(Periodo)

Escuela: _____

Departamento: _____

Firma del estudiante

Autorización del Director Académico

Nombre

Fecha | | |
Día Mes Año

(Solo para la Opción por estudios de Maestría)

(Maestría que estudiará)

Autorización del Coordinador

Nombre

Fecha | | |
Día Mes Año

- Es responsabilidad del estudiante cumplir con los requisitos finales de la Opción elegida.
- En caso de haber un cambio de Opción de Titulación, será necesario renovar el presente formato en el periodo que sea candidato a graduarse
- Esta solicitud es vigente solo en el periodo académico en el que se ingresa a Servicios Escolares

Atendió

Sello de recibido