**SOLICITUD DEL ESTUDIANTE**

Apizaco, Tlax., a DÍA de MES de AÑO

CESAR REYNALDO RAMOS GÓMEZ

JEFE DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

P R E S E N T E

AT´N: YVONNE FLORES PIMENTEL

COORDINADORA DE APOYO A LA TITULACIÓN

Por medio del presente, solicito autorización para iniciar trámite de titulación integral:

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DEL ESTUDIANTE** |  |
| **CARRERA** |  |
| **No. DE CONTROL** |  |
| **NOMBRE DEL PROYECTO** |  |
| **PRODUCTO** | (INSERTAR OPCIÓN DE TITULACIÓN) |

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

**ATENTAMENTE**

**(FIRMAR SOBRE LA LÍNEA)**

**(NOMBRE DEL EGRESADO ESCRITO CON COMPUTADORA)**

|  |  |
| --- | --- |
| DIRECCIÓN ESTUDIANTE: |  |
| TELÉFONO PARTICULAR O DE CONTACTO ESTUDIANTE: |  |
| CORREO ELECTRÓNICO DEL ESTUDIANTE |  |