**R03-DCE-36 Formato de solicitud del estudiante para la titulación integral**

Atlixco, Puebla a Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

**C. NOMBRE DEL RESPONSABLE**

**JEFE(A) DE DIVISIÓN DE** Elija un elemento.

**PRESENTE**

**C. NOMBRE DEL RESPONSABLE**

**ÁREA DE TITULACIÓN**

Por medio del presente solicito autorización para iniciar trámite de resgistro de proyecto de Titulación Integral:

|  |  |
| --- | --- |
| *Nombre:* |  |
| *División académica:* |  |
| *Matrícula:* |  |
| *Nombre del proyecto:* |  |
| *Producto:* |  |

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

**ATENTAMENTE**

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

**NOMBRE Y FIRMA DEL ESTUDIANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| *Dirección:* |  |
| *Teléfono particular o de contacto:* |  |
| *Correo personal:* |  |