**SOLICITUD DEL ESTUDIANTE**

Metepec, Edo. de México, xx / mes / 2020.

C.

**JEFE (A) DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

PRESENTE

|  |  |
| --- | --- |
| **A´TN C.** |  |

**COORDINADOR(A) DE APOYO A LA TITULACIÓN**

Por medio del presente solicito autorización para iniciar Trámites de Titulación integral**:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del estudiante: |  |
| Carrera: |  |
| No. de control: |  |
| Nombre del proyecto: |  |
| Producto |  |

En espera del dictamen correspondiente, quedo a sus órdenes.

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

|  |  |
| --- | --- |
| Dirección: |  |
| Teléfono particular o de contacto: |  |
| Correo electrónico: |  |