

Opción de Titulación de Posgrado

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"/> Tesis <input type="checkbox"/> Proyecto Final <input type="checkbox"/> Proyecto Integrador <input type="checkbox"/>	Titulación Automática <input type="checkbox"/>

(ID) Apellido paterno, apellido materno, nombre (s)

(Carrera) (Periodo)

Escuela: _____

Departamento: _____

Firma del estudiante

Autorización del Coordinador del Posgrado

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