(1)

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(2)

**Jefatura del Departamento de Estudios Profesionales**

**PRESENTE**

**At´n**.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(3)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Jefatura de Carrera o**

**Coordinador (a) de Maestría (Nombre la Maestría)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(4)\_\_\_\_

Por medio del presente solicito autorización para iniciar trámite de registro de la opción de titulación:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre:  | (5) |
| Carrera:  | (6) |
| No. de control:  | (7) |
| Nombre del proyecto:  | (8) |
| Opción de Titulación:  | (9) |

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

**A T E N T A M E N T E**

(10)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre y firma**

|  |  |
| --- | --- |
| Teléfono particular o de contacto:  | (11) |
| Correo electrónico del estudiante:  | (12) |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

1. Fecha en la que se realiza la solicitud.
2. Nombre del Jefe (a) de Estudios Profesionales
3. Nombre del efe (a) de carrera correspondiente.
4. Nombre de la carrera o de la maestría correspondiente.
5. Nombre del Estudiante y/o Egresado (a)
6. Carrera del Estudiante y/o Egresado (a)
7. Número de Control del Estudiante y/o Egresado (a)
8. Nombre del Proyecto
9. Opción de Titulación:

Plan 2009- 2010:

a) Informe técnico de residencia profesional

b) Proyecto de innovación tecnológica

c) Proyecto de investigación

d) Informe de estancia

**e) Tesis**

f) Tesina

g) Entre otros proyectos (Ver definición en Lineamiento)

h) Examen General De Egreso de Licenciatura (CENEVAL)

Proyectos

 Plan 2015:

a) Residencia Profesional

b) Proyecto de investigación y/o Desarrollo Tecnológico.

c) Proyecto Integrador

d) Proyecto Productivo

e) Proyecto de Innovación Tecnológica

f) Proyecto de Emprendedurismo

g) Proyecto Integral de Educación Dual

h) Estancia

i) Tesis

J) Tesina

j) Examen General de Egreso de Licenciatura (CENEVAL)

Proyectos

1. Nombre y firma del estudiante y/o egresado (a)
2. Teléfono del estudiante y/o egresado (a).
3. Correo electrónico del estudiante y/o egresado (a).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Autora:** | **Revisó:** | **Autorizó:** |
| **Puesto:** | Jefatura del Departamento de Estudios Profesionales Jefatura del Departamento de Control Escolar | Subdirección Académica Subdirección de Planeación | Dirección AcadémicaDirección de Planeación y Vinculación  |
| **Nombre:** | Lic. Patricia Gpe. Carcaño VernetLic. Arturo García Menier | Ing. Alejandro Israel Vargas Cabañas Mtro. Fidel Rodríguez Viveros  | Mtra. Celia Gabriela Sierra CarmonaLic. Julieta Aurora Reyes Blas |
| **Firma** |  |  |  |