

## Opción de Titulación de Licenciatura

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

Apellido paterno, apellido materno, nombre(s)

(ID)

(Carrera)

(Periodo)

Escuela: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante

\_\_\_\_\_  
Autorización del Director Académico

\_\_\_\_\_  
Nombre

Fecha | | |  
Día Mes Año

(Solo para la Opción por estudios de Maestría)

\_\_\_\_\_  
(Maestría que estudiará)

\_\_\_\_\_  
Autorización del Coordinador

\_\_\_\_\_  
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