**Solicitud del estudiante**

Tlaxiaco, Oax. a DD de MES de 2023.

|  |
| --- |
| CARLOS VÁSQUEZ OLVERA  Jefe de la División de Estudios Profesionales  P R E S E N T E. |

|  |  |
| --- | --- |
| AT´N: | MARIA DE LA PAZ CONCEPCION BAÑOS REYES |

Coordinadora de Apoyo a la Titulación

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Egresada (o): |  |
| Carrera: |  |
| No. de Control: |  |
| Nombre del Proyecto: |  |
| Producto: |  |

En espera del dictamen correspondiente, quedo a sus órdenes.

A T E N T A M E N T E

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y firma del solicitante: |  |
| Dirección |  |
| Teléfono particular: o de contacto: |  |
| Correo electrónico del egresado |  |