Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_(1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Jefe (a) del Departamento de Servicios Escolares**

**Presente**

Me permito solicitar se autorice la sustentación del Acto de Recepción Profesional por la opción\_\_\_(2)\_\_\_\_\_, para obtener mi Título Profesional de \_\_\_\_\_\_\_\_\_(3)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_en virtud de haber cubierto los requisitos indispensables para tal efecto.

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(4)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(5)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. de control\_\_\_\_\_\_\_\_(6)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Carrera \_\_\_\_\_\_(7)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nivel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(8)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_\_\_(9)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo institucional \_\_\_\_\_\_\_\_\_(10)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo personal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(11)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INSTRUCTIVO**

|  |  |
| --- | --- |
| **NÚMERO** | **DESCRIPCIÓN** |
| 1 | Anotará la fecha en que se genera la solicitud |
| 2 | Anotará el número y nombre de la opción de titulación |
| 3 | Anotará el nombre de la carrera cursada |
| 4 | Anotara el nombre completo del (la) egresado(a) |
| 5 | Registra su firma |
| 6 | Anotará el número de control |
| 7 | Anotará la carrera cursada  |
| 8 | Anotará el nivel de escolaridad |
| 9 | Anotará número de teléfono  |
| 10 | Anotará correo institucional |
| 11 | Anotará correo personal |