***Cd. Obregón, Sonora; A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_***

(Agregar NOMBRE COMPLETO Y PROFESIÓN)

**Director Académico**

**EN AT´N.**

(Agregar NOMBRE COMPLETO Y PROFESIÓN)

**Subdirector Académico**

**PRESENTE.**

**AT´N.**

(Agregar NOMBRE COMPLETO Y PROFESIÓN)

**Coordinador De Titulación**

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

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nombre Completo del Estudiante: |  |
| 1. Carrera: |  |
| 1. Matrícula: |  |
| 1. Nombre del Proyecto: |  |
| 1. Nombre del Asesor |  |
| 1. Producto ( Memoria de Residencias, Tesina o Tesis): |  |

En espera del dictamen correspondiente, quedo a sus órdenes.

ATENTAMENTE:

**NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dirección:** |  |
| **Teléfono particular o de contacto:** |  |
| **Correo electrónico del estudiante:** |  |