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

**Ing. Sonia Guadalupe Beltrán Esparza**

**Coordinación de Titulación**

Por medio del presente solicito iniciar Trámites de Titulación integral:

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Teléfono particular o de contacto:** |  |
| **Correo electrónico de la o el estudiante:** |  |

En espera del dictamen correspondiente, quedo a sus órdenes.

ATENTAMENTE

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

**Nombre y Firma de la o el estudiante**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de solicitud recibida** |  |
| **Firma de la Coordinación de Titulación** |  |