

REGISTRO DE TESIS:

FECHA DE REGISTRO:

DATOS DEL SOLICITANTE

MATRÍCULA:

NOMBRE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRE):

DIRECCIÓN (CALLE Y NÚMERO, COLONIA, ESTADO, C.P.):

TEL. PARTICULAR:

CEL.

DATOS DE LA TESIS

NOMBRE:

LUGAR EN DONDE SE REALIZARÁ:

FECHA EN QUE SE INICIA LA TESIS:

TIEMPO ESTIMADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA TESIS:

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO/A

VO. BO.

VO. BO.

DIRECTOR/A DE TESIS
NOMBRE Y FIRMA

DRA. CLAUDIA GÓMEZ HARO
DIRECTORA ACADÉMICA