



**CENTRO DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS
Y TECNOLÓGICOS No. 16
"HIDALGO"**

Solicitud de Registro y Aprobación de la Opción de Titulación

FECHA: Se coloca la fecha en la que se entregará la solicitud

REGISTRO:

Página 1

DRA. ALMA YAROSLAVI MARTÍNEZ CAMPOS
SUBDIRECTORA ACADÉMICA
PRESENTE

De conformidad con el art. 17 del Reglamento de Titulación Profesional del IPN, solicito a usted el registro de titulación por la opción de:

<input type="checkbox"/> Proyecto de Investigación	<input type="checkbox"/> Seminario de titulación
<input type="checkbox"/> Tesis	<input type="checkbox"/> Escolaridad
<input type="checkbox"/> Memoria de Experiencia Profesional	<input checked="" type="checkbox"/> Curricular
<input type="checkbox"/> Examen de conocimientos por áreas	<input type="checkbox"/> Práctica Profesional
<input type="checkbox"/> Estudios de Licenciatura	<input type="checkbox"/> Programa Especial

Comentado [P1]: Se selecciona la opción de titulación elegida X

DATOS DEL SOLICITANTE

_____ APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

Comentado [P2]: Se colocan los datos de manera correcta y con base en su documentación oficial (acta de nacimiento)

_____ CARRERA No. DE BOLETA GENERACIÓN

Comentado [P3]: Se colocan los datos de manera correcta y con base en su documentación oficial (certificado de estudios)

TEL. DE CASA: _____ GRUPO: E-MAIL: _____

Comentado [P4]: Grupo en el que cursó el sexto semestre

TEL. CELULAR: _____ TEL. DE RECADOS: _____ EDAD:

Comentado [P5]: Edad actual

REQUISITOS BÁSICOS: **REQUISITOS ESPECÍFICOS PARA LA OPCIÓN DE:**

CARTA DE PASANTE	<input type="checkbox"/> CURRICULAR:	
CERTIFICADO DE ESTUDIOS	<input type="checkbox"/> EVIDENCIA DE ACREDITACIÓN	<input type="checkbox"/>
LIBERACIÓN DE SERVICIO SOCIAL	<input type="checkbox"/> ESTUDIOS DE LICENCIATURA:	
ACTA DE NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> BOLETA CON APROBACIÓN MÍNIMA DE 4 SEMESTRES	
3 FOTOGRAFÍAS TAMAÑO OVALO	<input type="checkbox"/> DE NIVEL SUPERIOR AFÍN A LA CARRERA	<input type="checkbox"/>
PAGO DE DERECHOS	<input type="checkbox"/> * TESIS, MEMORIA DE EXPERIENCIA PROFESIONAL Y	
EVIDENCIA DE ACREDITACIÓN	<input type="checkbox"/> PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:	<input type="checkbox"/>
	EXAMEN DE CONOCIMIENTOS POR ÁREAS Y SEMINARIO	
	PAGO DE LA OPCIÓN (CONSTANCIA DE ACREDITACIÓN)	<input type="checkbox"/>

Comentado [P6]: Debe seleccionar X todas las opciones

Comentado [P7]: Con base en la opción elegida, debe entregar el documento probatorio que corresponda.

*TÍTULO DEL TEMA A DESARROLLAR: _____

Vo. Bo.

_____ NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE Dra. Alma Yaroslavi Martínez Campos
NOMBRE Y FIRMA
SUBDIRECTORA ACADÉMICA