

Solicitud para trámite de titulación

Yo: _____

alumno egresado de la _____ solicito su autorización para iniciar con mi proceso de titulación mediante la modalidad de:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> a) Promedio mínimo general | <input type="checkbox"/> d) Experiencia profesional* |
| <input type="checkbox"/> b) Tesis | <input type="checkbox"/> e) Examen General de Conocimientos* |
| <input type="checkbox"/> c) Maestría* | |

*No aplica para titulación de maestría.

La fecha del examen o acto de recepción profesional se notificará por correo electrónico y en caso de que el alumno no asista, deberá entregar una nueva SOLICITUD PARA TRÁMITE DE TITULACIÓN y NO podrá hacerlo hasta pasados 3 meses.

Una vez obtenida la autorización de las cuatro áreas el alumno debe entregar la solicitud en original en el área de Control Escolar para así dar inicio con su proceso de titulación. En caso de no hacerlo será responsable del atraso generado.

Correo electrónico: _____

Número telefónico: _____

Firma de Alumno: _____

AUTORIZACIONES:

1. Coordinador Académico

Confirmando que el alumno ha concluido su plan de estudios y sus prácticas profesionales requeridas.

*Las prácticas profesionales solo aplican para licenciatura

Sello:

Nombre y firma del responsable
Fecha ____ / ____ / ____

2. Control Escolar

Confirmando que el alumno cuenta con su carta de liberación de servicio social así como con todos los documentos indispensables para iniciar su proceso de titulación.

*El servicio social solo aplica para licenciatura

Sello:

Nombre y firma del responsable
Fecha ____ / ____ / ____

3. Educación Continua

Confirmando que el alumno ha entregado todos los requisitos para su titulación de acuerdo a la modalidad elegida.

Sello:

Nombre y firma del responsable
Fecha ____ / ____ / ____

4. Caja

Confirmando que el alumno ha realizado el pago de titulación respectivo y no presenta adeudo que le impida iniciar con su trámite de titulación.

Sello:

Nombre y firma del responsable
Fecha ____ / ____ / ____

Para completarse al momento de la recepción en Control Escolar de UDES Universidad

Nombre y firma de quien recibe: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Fecha estimada de examen o acto de recepción: _____
(Sujeta a autorización de SEP)

Sello: