Fecha de Registro (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instrucciones: Lea y responda con letra de molde los siguientes apartados o marque con una X según corresponda. Utilice bolígrafo tinta negra o azul. Si el proyecto a realizar se realiza por más de una persona, el presente formato se realiza en individual. (adjuntar el anteproyecto, Ver Anexo I)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo: | | | Matrícula: | |
| Carrera: | Clave del Plan de Estudios: | | Promedio general: | |
| Teléfono: | | E-mail: | | |
| Fecha de Ingreso al Instituto (mm-aaaa): | | Fecha de Egreso (mm-aaaa): | | |
| Periodo de realización de Servicio Social:  Inicio (mm, aaaa):  Término (mm, aaaa): | | Periodo de realización de Residencia Profesional:  Inicio (mm, aaaa):  Término (mm, aaaa): | | |
| Asignación de Tema y Asignación de Revisores | | | | |
| Menciona el Nombre del Tema de Titulación: | | | | Aprobado  Si ( ) No ( ) |
| Menciona la opción de Titulación Integral: | | | | Aprobado  Si ( ) No ( ) |
| Menciona el nombre del Asesor(a) Interno como primera opción | | | | Aprobado  Si ( ) No ( ) |
| Menciona el nombre del Asesor(a) Interno como segunda opción. | | | | Aprobado  Si ( ) No ( ) |
| Menciona el nombre del Asesor(a) Externo como primera opción | | | | Aprobado  Si ( ) No ( ) |
| Menciona el nombre del Asesor(a) Externo como segunda opción | | | | Aprobado  Si ( ) No ( ) |
| Menciona el nombre del (la) Coasesor(a) como primera opción. | | | | Aprobado  Si ( ) No ( ) |
| Menciona el nombre del (la) Coasesor(a) como segunda opción. | | | | Aprobado  Si ( ) No ( ) |
| Manifiesto que los datos proporcionados en este documento son verídicos y comprobables. Expreso mi compromiso para iniciar el proceso de titulación, para tal efecto me desempeñaré con responsabilidad para cumplir con el desarrollo del trabajo profesional bajo los lineamientos correspondientes, con el propósito de presentar la revisión y la liberación del documento final en el periodo señalado en la Convocatoria de Titulación vigente.  Nombre y Firma del (la) estudiante: | | | | |
| Valida    L.A. Sheydy Cristel Fernández Arceo  Jefa del Departamento de Desarrollo Académico | | Valida  Nombre y Firma de Presidente(a) de Academia | | |

|  |
| --- |
| Vo.Bo.  M.E. Ermita María Cime Caamal  Jefa de Departamento de Posgrado e Investigación. |

***Nota:******Si el formato se presenta alterado en alguno de sus apartados no tendrá validez.******Anexar el formato de Autorización de Tema y Asignación de Asesores autorizado (excepto el registro por EGEL).***