



TESIS Y EXAMEN PROFESIONAL

Ciudad Universitaria, a _____ de _____ de _____

Nombre del alumno(a): _____

Número de cuenta _____

Seminario: _____

Promedio: _____ Periodo de ingreso y egreso de la carrera: _____

Nombre del asesor: _____

Nombre de la tesis: _____

Dirección: _____

Teléfonos casa: _____ oficina: _____ celular: _____

Firma del solicitante

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA
OFICINA DE EXÁMENES PROFESIONALES**

Fecha y hora del examen

Exp. Recibido por:

MTRO. ISRAEL SANDOVAL JIMÉNEZ