

Lugar y Fecha

C. ALBA CECILIA ROSAS ERUNES
ANALISTA DE CONTROL ESCOLAR
INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE CANANEA

Por medio de la presente solicito autorización para iniciar trámite de registro del proyecto de Titulación Integral:

Nombre:	
Carrera:	
No. de Control:	
Nombre del proyecto:	
Producto:	OPCION

En espera de la aceptación de esta solicitud, quedo a sus órdenes.

ATENTAMENTE

C.

Dirección:	
Teléfono particular o de contacto:	
Correo electrónico del estudiante:	