



**CENTRO DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS No 19
"LEONA VICARIO"**



Solicitud de Registro y Aprobación de la Opción de Titulación

Página 1 de 1

FECHA: _____

NO. ACTA: _____

SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA

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

☐
☐
☐
☐
☐

Proyecto de Investigación

Tesis

Memoria de Experiencia Profesional

Examen de conocimientos por áreas

Estudios de Licenciatura

☐
☐
☐
☐
☐

Seminario de titulación

Escolaridad

Curricular

Práctica Profesional

Programa Especial

DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

CARRERA

No. DE BOLETA

GENERACIÓN

TEL. CEL:

GRUPO:

E-MAIL:

REQUISITOS BÁSICOS:

CARTA PASANTE

☐

CERTIFICADO DE ESTUDIOS

☐

LIBERACIÓN DE SERVICIO SOCIAL

☐

NO ADEUDO MATERIAL

LABORATORIO Y BIBLIOTECA

☐

ACTA DE NACIMIENTO

☐

3 FOTOGRAFÍAS TAMAÑO OVALO

☐

PAGO DE DERECHOS

☐

REQUISITOS ESPECÍFICOS PARA LA OPCIÓN DE:

***CURRICULAR:**

Calificación no menor a 8.0 y asistencia de 90 %

☐

***ESTUDIOS DE LICENCIATURA**

Boleta global certificada en original con aprobación mínima de 4 semestres de nivel superior a fin a la carrera

☐

***TESIS, MEMORIA DE EXPERIENCIA PROFESIONAL Y PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (Requisitos en hoja 2)**

☐

***EXAMEN DE CONOCIMIENTO POR ÁREAS Y SEMINARIO**

Constancia de acreditación

☐

"No se recibirán expedientes incompletos"

***TÍTULO DEL TEMA A DESARROLLAR** (Solamente aplica para las opciones de Tesis, Memoria de Experiencia profesional y Proyecto de investigación): _____

VO.BO.

RECIBE EN DEyAE

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA