**PROCEDIMIENTO DE ACTO DE RECEPCION PROFESIONAL**

**SOLICITUD DE AUTORIZACION DE OPCION**

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA:** |  |
| **CLAVE-DEP** | **ARP-OP-VI-(....)-(.....)** |

**ING. LUIGI AMALFI CASTELLANOS**

**JEFE DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**INSTITUTO TECNOLÓGICO DE VERACRUZ**

**P R E S E N T E**

**LIC. MARIA DEL SOCORRO ALMENDRA**

**AT´N. COORDINADORA DE TITULACIÓN**

Solicito a Usted se tramite la autorización de la opción de titulación, con este fin me permito proporcionar los siguientes datos:

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE:** |  |
| **NUMERO DE CONTROL:** |  |
| **CARRERA** |  |
| **FECHA DE EGRESO:** |  |
| **PLAN DE ESTUDIOS:** |  |
| **OPCIÓN DE TITULACIÓN :** | **VI EXAMEN POR ÁREAS DE CONOCIMIENTO** |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **ANEXO:** |
| Copia del TESTIMONIO de CENEVAL |
| Copia del REPORTE de CENEVAL |
| Copia del recibo de pago del paquete de titulación |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| A T E N T A M E N T E | |
|  | |
| NOMBRE Y FIRMA DEL PASANTE | |
| Domicilio | |
| Teléfono(s) particular: | Teléfono(s) del trabajo |
| Correo electrónico | |
| c.c.p. Departamento Académico | |
| c.c.p. Servicios escolares | |
| c.c.p. Interesado | |