**PROCEDIMIENTO DE ACTO DE RECEPCION PROFESIONAL**

**SOLICITUD DE AUTORIZACION DE OPCION; TEMA Y ASIGNACION DE ASESOR**

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA:** |  |
| **CLAVE-DEP** | **ARP-OP-VII-( ) ( )** |

**ING LUIGI AMALFI CASTELLANOS**

**JEFE DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**NSTITUTO 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, así como el desarrollo del trabajo profesional que pongo a su consideración; así como la asignación de un asesor y con este fin me permito proporcionar los siguientes datos:**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE:** |  |
| **NUMERO DE CONTROL:** |  |
| **CARRERA** |  |
| **FECHA DE EGRESO:** |  |
| **PLAN DE ESTUDIOS:** |  |
| **OPCIÓN DE TITULACIÓN :** | **VII MEMORIA DE EXPERIENCIA PROFESIONAL** |
| **TITULO DEL TEMA:** |  |
| **ASESOR PROPUESTO:** |  |

|  |
| --- |
| **ANEXO:** |
| Titulo. ( El nombre deberá hacer referencia al proyecto ) |
| Resumen (2 cuartillas mínimo) |
| Contenido (Índice) |
| Introducción (2 cuartillas mínimo) |
| Bibliografía |
| Original de la carta de no inconveniencia de la empresa. |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | |