Calkini Camp. a \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2015.

DR. MIGUEL ANGEL COHUO AVILA

DIRECTOR ACADEMICO

PRESENTE.

Por este medio solicito a usted la autorización de impresión de mi Memoria de Residencia Profesional ó Tesis que detallo a continuación:

Matrícula:

Nombre del Alumno:

Carrera:

Nombre del proyecto:

Asesor Interno:

Asesor externo:

Opción: ( )Memoria de Residencia Profesional ( )Tesis ( )Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empresa:

Ciudad y estado:

Área de asignación:

Atentamente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del egresado