Calkini Camp. a \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

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:

Programa educativo:

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