



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
IZTAPALAPA

SOLICITUD DE REGISTRO PARA OBTENCION DE GRADO

FECHA DE SOLICITUD	DIA	MES	AÑO
--------------------	-----	-----	-----

NOMBRE COMPLETO	MATRICULA
-----------------	-----------

DIVISION	TRIMESTRE	NIVEL
----------	-----------	-------

POSGRADO	AREA DE CONCENTRACION
----------	-----------------------

NOMBRE DE TESIS O IDONEA COMUNICACION DE RESULTADOS

SINODALES

FUNCION	GRADO	NOMBRE COMPLETO SIN ABREVIATURAS
PRESIDENTE		
SECRETARIO		
VOCAL		
VOCAL		
VOCAL		
VOCAL		

ASESOR (ES) O GRUPO TUTORIAL

FECHA DE PREENTACION	DIA	MES	AÑO	HORA	LUGAR
----------------------	-----	-----	-----	------	-------

ALUMNO	COORDINADOR DE ESTUDIOS	SECRETARIO ACADEMICO	COORDINACION DE SISTEMAS ESCOLARES
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

NOTA: ESTE FORMATO SE IMPRIME POR CUADRUPLICADO

T1 COORDINACIÓN DE SISTEMAS ESCOLARES.
T2 COORDINADOR DE POSGRADO.
T3 ASISTENTE DE POSGRADO.
T4 ALUMNO