



Instituto Politécnico Nacional
Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud
Unidad Santo Tomás
Subdirección Académica
Titulación



Ciudad de México, a ____ de _____ de 2018.

Asunto: Solicitud de registro de opción de titulación.

M. en C. Juan Daniel Rodríguez Choreño
Subdirector Académico
P r e s e n t e

Con fundamento en el Capítulo III, Artículo 17 del Reglamento de Titulación Profesional del Instituto Politécnico Nacional, solicito de la manera más atenta, el registro de la opción de titulación por: _____

Asimismo, pongo a su disposición mis datos personales:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

No. Boleta: _____ Plan de Estudios: _____ Carrera: _____

Teléfono Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono Oficina: _____

CURP: _____ RFC: _____

Correo Electrónico: _____

Sin más por el momento, quedo de Usted.

Respetuosamente

Nombre y Firma
Alumno o Pasante

Ccp. Archivo.
Pasante.