INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL

FR-SIP-7.1.0-03

SECRETARIA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

*SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE TRÁMITES, PAGO DE DERECHOS Y PRODUCTOS*

Ciudad de México, a \_\_\_\_de \_\_\_\_\_ de

NÚMERO DE REGISTRO o BOLETA IPN ipn:

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

NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA

Escribir en el siguiente orden: Nombre(s) Apellido-paterno, Apellido-materno, (tal como aparece en el acta de nacimiento). Firmar

TELÉFONO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESCUELA DE POSGRADO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROGRAMA DE POSGRADO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| TRÁMITES | COSTO |
| DICTAMEN DE AFINIDAD: [ ] Escuela de procedencia de Licenciatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Carrera : | $ |
| DICTAMEN DE TITULACIÓN: [  **X** ] Porcentaje de créditos de maestría: [ ] | $497.50 |
|  *TOTAL* | $497.50 |

Informes: **constanciadictamen@ipn.mx**

**NOTAS IMPORTANTES:**

* Coloca la fecha del día que solicitas el trámite.
* Colocar firma autógrafa o digital.
* Colocar el correo electrónico en el que se tendrá contacto directo con usted.
* Colocar el nombre de la escuela o centro de investigación donde realiza sus estudios de posgrado.
* Colocar el nombre completo del programa de posgrado que cursa.
* Colocar un X en la opción del tipo de trámite a solicitar.
* Colocar el monto a pagar.