



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE TRÁMITES, PAGO DE DERECHOS Y PRODUCTOS

FR-SIP-7.1.0-03

Ciudad de México, a DIA de MES de AÑO

NÚMERO DE REGISTRO o BOLETA IPN

A	0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---



NOMBRE: SAUCEDO ZAPATA EMMA FIRMA _____

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

TELÉFONO: 01234567891 e-mail: SAUCEDOZAPATAEMMA@DOMINIO.COM

ESCUELA DE POSGRADO: ESCUELA SUPERIOR DE

PROGRAMA DE POSGRADO: MAESTRIA EN CIENCIAS EN

TRÁMITES	COSTO
DICTAMEN DE AFINIDAD: <input checked="" type="checkbox"/> Escuela de procedencia de Licenciatura: _____ Carrera : _____	\$
DICTAMEN DE TITULACIÓN: <input type="checkbox"/> Porcentaje de créditos de maestría: [%]	\$
TOTAL	\$

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.