

Fecha de solicitud

Nombre de la
licenciatura o maestría

Horario:

☐ Escolarizado ☐ Sabatino ☐ Nocturno

DATOS PERSONALES

Nombre (escribir el nombre en mayúsculas y minúsculas con los acentos correspondientes)

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Domicilio (calle, número, colonia)

Código Postal

Teléfono particular

Celular

Correo electrónico

OPCIONES DE TITULACIÓN

- ☐ Estudios de Maestría ☐ Informe de Servicio Social Profesional ☐ Curso de Actualización Profesional ☐ Excelencia Académica
☐ Estudios de Especialidad ☐ Informe de Experiencia Profesional ☐ Tesis

Estudios de Maestría o Especialidad*

Nombre de la maestría o especialidad a cursar

Período de inicio

Institución

*Adjuntar a esta solicitud, el programa de estudios y el RVOE de la maestría o especialidad a cursar

Estudios de Tesis, informe de Servicio Social Profesional e Informe de Experiencia Profesional*

Nombre del asesor

Institución a la que pertenece el asesor

Título del proyecto

* Adjuntar a esta solicitud, el anteproyecto

Curso de Actualización Profesional*

Nombre de la institución que imparte el curso

Nombre del curso

*Adjuntar a esta solicitud, el programa de estudios de la institución

☐ Leí y estoy de acuerdo con los estipulado en el reglamento del Curso de Titulación

Firma del alumno

USO EXCLUSIVO DE SERVICIOS ESCOLARES / REQUISITOS DE TITULACIÓN

- ☐ Acta de nacimiento (Psicología Clínica) ☐ Carta de Servicio Social Profesional ☐ 11 fotografías tamaño título ☐ Certificado de licenciatura
☐ Certificado de bachillerato (Psicología Clínica) ☐ Constancia de año de Psicoterapia (Psicología) ☐ Recibo de pago de titulación ☐ Mínimo de 40 materias

Jefe de Titulaciones
Vo.Bo.

Dirección de Investigación
Vo.Bo.