



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE INGENIERÍA



**SOLICITUD DE REGISTRO PARA ASPIRANTES AL
PROGRAMA DE TITULACIÓN**

____ / ____ / ____
DÍA MES AÑO

MEMORIAS DE ACTIVIDAD PROFESIONAL

NOMBRE: _____

GENERACIÓN: _____

CARRERA: _____

DIRECCIÓN PARTICULAR: _____

TELÉFONO PARTICULAR: _____

EMPRESA DONDE LABORA: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO (S): _____ EXT. _____

CIUDAD: _____

NOTA: FAVOR DE ANEXAR COPIA DE CARTA DE PASANTE Y CERTIFICADO DE MATERIAS
A ESTA SOLICITUD DE REGISTRO.