**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE INICIO DEL TRABAJO PROFESIONAL DE TESIS O MEMORIA:**

**Asunto:** Solicitud de autorización de

Inicio del trabajo profesional.

Dr. Olaf Molina García

Director encargado de la Facultad

de Ciencias de la Salud de la U. A. T.

P R E S E N T E.

El que suscribe C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ estudiante de la Licenciatura en Nutrición con número de matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por este medio solicito su autorización para iniciar el trabajo de Tesis o memoria, que lleva como título tentativo “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_” y que será asesorado por el docente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Sin otro en particular a que tratar, reciba un cordial saludo.

San Pablo del Monte, Tlax.; a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 20\_\_.

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nombre y firma del pasante)

Vo.Bo.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nombre y firma del asesor)

**Autoriza:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dr. Olaf Molina García

Director encargado de la Facultad de Ciencias de la Salud