FECHA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COMITÉ DOCENTE**

**INAOE**

Por medio de la presente me permito solicitarles la asignación de sinodales para la revisión de mi trabajo de tesis de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El título de mi tesis en español: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_El título de mi tesis en inglés: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Director(a) de tesis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Co-director(a) de tesis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Las sinodales que pongo a su consideración (Poner aquí en forma de lista los nombres y llenar la hoja anexa con los datos solicitados de cada uno de los integrantes del jurado de examen, incluyendo a los asesores) son:

1.- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Institución:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CON LA ENTREGA DE ESTE DOCUMENTO ME COMPROMETO A ENTREGAR A LOS JURADOS ANTES MENCIONADOS LA VERSIÓN PRELIMINAR DE MI TESIS, AL MENOS 2 MESES ANTES DE LA FECHA DE EXAMEN.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO |  | NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR(A)) |
| e-mail |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | NOMBRE Y FIRMA DEL CO- DIRECTOR(A)) |

|  |
| --- |
|  |
| Vo. Bo. NOMBRE Y FIRMA DEL REPREsENTANTE DOCENTE DEL ÁREA |

**INSTRUCCIONES**:

1. LLENAR CORRECTAMENTE EL FORMATO A COMPUTADORA, con los nombres completos, SIN ABREVIATURAS Y CON ACENTOS.
2. ENTREGAR ESTE FORMATO EN EL DEPTO. ESCOLAR CON LA C. MARÍA DEL ROSARIO TLAHUEL, **AL MENOS CON 2 MESES DE ANTICIPACIÓN** A LA FECHA DE PRESENTACIÓN DE SU EXAMEN DE DEFENSA DE TESIS.

|  |  |
| --- | --- |
| GRADO Y NOMBRE |  |
| **INSTITUCIÓN y DEPTO. DE ADSCRIPCIóN:** |  |
| DIRECCIÓN: |  |
| CÓDIGO POSTAL: |  |
| **CIUDAD:** |  |
| **ESTADO:** |  |
| **PAÍS:** |  |
| **TELÉFONO:** |  |
| **FAX:** |  |
| **E-MAIL :** |  |

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

|  |  |
| --- | --- |
| GRADO Y NOMBRE |  |
| **INSTITUCIóN y DEPTO. DE ADSCRIPCIóN:** |  |
| DIRECCIÓN: |  |
| CÓDIGO POSTAL: |  |
| **CIUDAD:** |  |
| **ESTADO:** |  |
| **PAÍS:** |  |
| **TELÉFONO:** |  |
| **FAX:** |  |
| **E-MAIL :** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| GRADO Y NOMBRE |  |
| **INSTITUCIóN y DEPTO. DE ADSCRIPCIóN:** |  |
| DIRECCIÓN: |  |
| CÓDIGO POSTAL: |  |
| **CIUDAD:** |  |
| **ESTADO:** |  |
| **PAÍS:** |  |
| **TELÉFONO:** |  |
| **FAX:** |  |
| **E-MAIL :** |  |

**REQUISITOS DE FOTOS PARA CERTIFICADO:**

Traer 6 fotografías tamaño Óvalo mignon.

Blanco y negro, con retoque o sin retoque.

Papel mate, Auto- adheribles.

Hombres: saco negro, obscuro o claro y camisa blanca.

Mujeres: saco obscuro, negro o claro y blusa blanca.

*NOTA:* ***Entregar las fotos antes de realizar el examen****.*