FORMA - DGAEP - 005

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIRECCION GENERAL DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR

SOLICITUD DE REGISTRO DE TESIS

DATOS GENERALES **Fecha de solicitud** _____

No. de Cuenta _____

Nombre _____
primer apellido segundo apellido nombre(s)

Estado Civil: _____ **Dirección:** _____

Colonia _____ **Estado** _____ **Delegación o Municipio** _____

C.P. _____ **Tel. particular:** _____ **Tel. Oficina** _____ **e-mail** _____

DATOS DE LA INSCRIPCIÓN

Año y semestre de ingreso **Claves**

Programa de Posgrado en : _____ [ ]

Orientación _____ [ ]

Entidad Académica _____

Anote el nombre completo de la tesis:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Grado y nombre del Director de Tesis:

_____

Tiempo estimado para la realización de la Tesis:

Beca: **Si** [ ] **No** [ ] **Institución que otorga la beca:** _____

_____
Firma del Director de Tesis

_____
Firma del alumno(a)

_____
Firma del Coordinador del Programa