

INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL  
ESCUELA SUPERIOR DE COMERCIO Y ADMINISTRACIÓN  
SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA  
DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN PROFESIONAL

**SOLICITUD DE OPCIÓN DE TITULACIÓN**

CIUDAD DE MÉXICO A

M. en A. JUAN FLORES SAAVEDRA  
DIRECTOR DE LA ESCUELA SUPERIOR  
DE COMERCIO Y ADMINISTRACIÓN  
UNIDAD SANTO TOMÁS,  
PRESENTE.

De acuerdo al reglamento de Titulación Profesional vigente, solicito a usted autorización para titularme mediante la opción de Seminario, denominado:

---

---

A T E N T A M E N T E

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PASANTE

\_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO                      APELLIDO MATERNO                      NOMBRE (S)

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

BOLETA: \_\_\_\_\_

GENERACIÓN: \_\_\_\_\_

ESCUELA: \_\_\_\_\_

UNIDAD: \_\_\_\_\_

CARRERA: \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_