



Los Reyes Iztacala a

ESP. ROSSANA SENTÍES CASTELLÁ

Presidente del CAAx

PRESENTE.

Nº de Registro de CAAx _____

Por este conducto el egresado que suscribe, solicita ante el Consejo Académico Auxiliar de la Carrera de Cirujano Dentista su autorización para colocar como director, asesores y en su momento la integración del Sinodo, a los 5 profesores que me permito proponer a continuación:

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-
- 5.-

Titulación mediante la opción de

Datos del egresado:

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)

Nº de cuenta

Año de ingreso a Licenciatura

Tel. casa

Tel. celular

Correo electrónico

Promedio

Firma del Egresado



Edificio de gobierno, planta baja
Tel: 5623-1161
Fax: 5623-1163
Av. de los Barrios N.º 1, Los Reyes Iztacala,
Tlalnepantla, CP 54090,
Estado de México, México.