|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Trámite a realizar: | Nuevo registro ( ) | Cambio ( ) |
| Fecha de Registro\*: |
| No. Registro de Proyecto\*: |
| Fecha de inicio de proyecto:   | Fecha de término de proyecto: |

Espacio (\*) exclusivo para la Dirección de Investigación y Posgrado

**1. Datos del solicitante:**

No. de expediente:

**Nombre:**

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

**Dirección:**

Calle y número Colonia C.P.

Estado Teléfono Correo electrónico

**2. Datos del proyecto:**

|  |  |
| --- | --- |
| Facultad: |  |
| Programa: |  |
| Tema específico del proyecto: |  |

**3. Nombres y firmas de:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Director o Directora de Tesis** | **Co-director o Co-directora** | **Dra. Adriana Terven Salinas****Jefa de Investigación y Posgrado de la Facultad** |
| **Alumno o Alumna** | **Dr. José Salvador Arellano Rodríguez****Director de la Facultad** | **Dr. Manuel Toledano Ayala****Director de Investigación y Posgrado** |