



### SOLICITUD DE EXAMEN

## UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

APELLIDO PATERNO		MATERNO	NOMBRE(S)	MATRICULA
UNIDAD			DIVISIÓN	

POSGRADO	DOCTORADO <input type="checkbox"/>	MAESTRÍA <input type="checkbox"/>	ACTUALIZACIÓN <input type="checkbox"/>	ESPECIALIZACIÓN <input type="checkbox"/>
EN:				
ÁREA DE CONCENTRACIÓN				
DENOMINACIÓN DE LA TESIS O IDONEA COMUNICACIÓN DE RESULTADOS _____				

#### PARA SER LLENADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA

SINODALES					
FECHA DE EXAMEN	AÑO	MES	DÍA	LUGAR DONDE SE APLICARÁ EL EXÁMEN	HORA DEL EXÁMEN

INTERESADO	SECRETARÍA ACADÉMICA	COORDINACIÓN DE SISTEMAS ESCOLARES
FIRMA	FIRMA	SELLO

ESTE FORMATO SE IMPRIME POR DUPLICADO (SECRETARÍA ACADÉMICA y COORDINACIÓN DE SISTEMAS ESCOLARES)