

**día/mes/año**

**Solicitud de examen[[1]](#footnote-1)**

**Dra. Lina Escalona Ríos**

**Programa de Maestría y Doctorado en**

**Bibliotecología y Estudios de la Información**

P r e s e n t e .

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 **No. De Cuenta semestre de ingreso Modalidad de estudios**

Fecha y hora solicitada :

|  |  |
| --- | --- |
| Lunes a viernes | Horario: 11, 13 o 16 hrs. |
|  |  |

Tutores que participan en el examen: (Solo tres)

a)

b)

c)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del estudiante**

1. NOTA: Favor de solicitar con cuatro días de antelación a la fecha de examen [↑](#footnote-ref-1)