



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE PSICOLOGÍA
 Formato de solicitud de modificación al proyecto de titulación
 Versión 1.19



- **El estudiante** llena la información, recaba las firmas que correspondan. Entrega en la coordinación de campo:
 - el formato original con los datos completos del proyecto registrado y la modificación solicitada.
 - una fotocopia para acuse de entrega (se la queda el estudiante).
- **La coordinación** verifica la solicitud para entregar respuesta al estudiante. Registra en el sistema de titulación las modificaciones aprobadas y guarda una copia de la solicitud finalizada en el archivo.

I. LLENA EL ESTUDIANTE

Fecha de la solicitud: dd mm aaaa

Nombres y apellidos del estudiante:

Número de cuenta:

Número telefónico:

Correo electrónico vigente:

Nombre del Jefe de la División:

Año en que registró la opción:

Datos del proyecto registrado

Marca la opción de titulación registrada

Tesis individual grupal Tesina individual grupal Reporte de Servicio Social

Reporte de prácticas Diplomado Reporte laboral

Título

Del proyecto registrado, escribe los nombres y apellidos del

Director/a:

Revisor/a:

Marca el tipo de modificación solicitada:

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Título <input type="checkbox"/> | 2. Opción <input type="checkbox"/> | 3. Sínoo <input type="checkbox"/> |
| 4. Baja <input type="checkbox"/> | 5. Director <input type="checkbox"/> | 6. Revisor <input type="checkbox"/> |

Motivos del cambio: Describe los motivos por los cuales necesitas realizar la solicitud

Escribe la propuesta de modificación (según el caso):

 Firma del estudiante
 (en todos los casos)

 Firma del director/a registrado
 Vo.Bo. (en todos los casos)

 Firma del revisor/a registrado
 Vo.Bo.

 Firma de la persona propuesta
 Vo. Bo.



Espacio de observaciones:

II. LLENA LA COORDINACIÓN ACADÉMICA

CCC: Ciencias Cognitivas y del Comportamiento. **PBN:** Psicobiología y Neurociencias. **PCS:** Psicología Clínica y de la Salud. **PO:** Psicología Organizacional. **PE:** Psicología de la Educación. **PPC:** Procesos Psicosociales y Culturales. **SUA:** Sistema Abierto

Coordinación: CCC PBN PCS PO PE PPC SUA

Nombre de la persona que recibe: Fecha: dd / mm / aaaa

Modificación 1, 2, 3, 4 se revisa en la coordinación. Entrega la respuesta al estudiante.
 Modificación 5 y 6 la coordinación envía a la DEP. La respuesta se envía al correo registrado por el estudiante.

III. ESPACIO DE REVISIÓN DE LA COORDINACIÓN

Aprueba la solicitud: SÍ NO

dd / mm / aaaa

Fecha:

Nombre y firma de la jefatura de coordinación

Sello de la Coordinación

III. ESPACIO PARA LA DIVISIÓN

Persona que recibe:

Aprobación de la solicitud: SÍ NO

dd / mm / aaaa

Fecha:

Firma de la jefatura de la División

Sello de la División

V. ACUSE DE RECEPCIÓN DEL/A ESTUDIANTE

dd / mm / aaaa

Fecha:

Firma

Recibo y acepto respuesta de la solicitud