

APLAZAMIENTO ENTREGA MEMORIA DE TÍTULO

Nombre completo: _____

N° Matricula: _____

R.U.T: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Solicito a Ud. tenga a bien autorizar el aplazamiento de la entrega de la Memoria de Título en las fechas que se estipulan a continuación:

Actividad	Fecha
Entrega de 3 ejemplares de la Memoria de Título	
Defensa de la Memoria de Título	

Motivos:

Firma Alumno

Firma Profesor Guía