

APLAZAMIENTO ENTREGA MEMORIA DE TÍTULO

Fecha:

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, según las fechas que se estipulan a continuación:

Actividad	Fecha
Envío(vía e-mail) de la Memoria de Título	
Defensa de la Memoria de Título	

Motivos:

Firma Estudiante

Firma y Nombre Profesor/a Guía