

**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**