H. Puebla de Z. a\_\_\_\_\_\_ del mes de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

ASUNTO: **Autorización para**

 **hacer Residencia Profesional**

 **fuera de los 12 semestres.**

Yeyetzin Sandoval González

Directora del Instituto Tecnológico de Puebla

P R E S E N T E.

At´n: Comité Académico

El(la) que suscribe C. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;** con número de control \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la carrera de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicita a ustedes autorización para realizar la residencia profesional en el \_\_\_\_\_\_\_\_ Semestre.

Manifiesto que tengo conocimiento de que en caso de ser autorizada mi solicitud deberé enterarme del procedimiento y cumplirlo en tiempo y forma, así como también será mi responsabilidad acudir a la División de Estudios Profesionales para recibir mi oficio de respuesta a los **15 días hábiles después de llevarse a cabo el Comité Académico**, de no recogerlo se invalidará mi respuesta.

Agradezco su apoyo y les envío un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

NOMBRE Y FIRMA DEL (LA) ESTUDIANTE

**Tel. del (la) interesado (a):**

**Correo electrónico:**

C.c.p. Coordinador(a) de carrera.

C.c.p. Interesado (a)