Fecha: **día de mes de año**

**SOLICITUD DE FECHA PARA COLOQUIO DE TESIS**

**Dr. Humberto Arroyo Núñez**

**Dirección de Investigación y Posgrado**

**P R E S E N T E**

Por medio de la presente me permito solicitar a usted la asignación de fecha de Coloquio de Tesis de: **Nombre del Estudiante**, estudiante de la Maestría en: **Computación Óptica** , quien sustentará el proyecto de tesis titulado: **“Nombre del trabajo de Tesis.”**, bajo la dirección de **Director de Tesis.**



 Agradeciendo su amable atención, reciba saludos cordiales.

           \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                         \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

               Nombre y firma del alumno                           Nombre y firma del asesor

    Nombre del Estudiante        Nombre del director de Tesis

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vo. Bo. Coordinador

Dr. César Joel Camacho Bello

DIP-05

Fecha: **día de mes de año**

**AUTORIZACIÓN DE FECHA PARA COLOQUIO DE TESIS**

**Nombre del Estudiante**

**P R E S E N T E**

En virtud de que el estudiante ha cumplido con todos los requisitos académicos, se le asigna como fecha de Coloquio de Tesis el día: **día de mes de año**, a la hora: \_hora\_ y lugar: Lugar donde se presentará el examen, para presentar el trabajo de tesis titulado: **“Nombre del trabajo de Tesis”**,  de la Maestría en: **Computación Óptica** y bajo la dirección de **Nombre del Director de Tesis.**

A T E N T A M E N T E

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dr. Humberto Arroyo Núñez

Dirección de Investigación y Posgrado

c.c.p Sinodales

DIP-06

Fecha: **día de mes de año**

**EVALUACIÓN DE COLOQUIO DE TESIS**

Nombre del estudiante: **Nombre del Estudiante**

Título de tesis: **“Nombre del trabajo de Tesis”.**

Asesor: **Nombre del Director de Tesis.**





A T E N T A M E N T E

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Sinodal Evaluador

c.c.p. Comité Académico de Posgrado

c.c.p. Dirección de Investigación y Posgrado.- Dr. Humberto Arroyo Núñez

DIP-07

Fecha: **día de mes de año**

**DICTAMEN DE COLOQUIO DE TESIS**

**Nombre del Estudiante**

**P R E S E N T E**

Nos referimos al trabajo de tesis titulado: **“Nombre del trabajo de Tesis.”,** el cual ha sido validado y aprobado por el Comité de Sinodales; por lo anterior, se le autoriza la impresión final del manuscrito y se le solicita entregue un ejemplar empastado a cada integrante del Jurado de Examen, así como a la Dirección de Investigación y Posgrado\*.

     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

           Sinodal 1 Sinodal 2

     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sinodal 3 Sinodal 4

-\*\*Para ser válido este documento, deberá estar firmado por todos los integrantes del Jurado de Tesis DIP-08