|  |
| --- |
| **DATOS DEL ESTUDIANTE** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fecha de solicitud: | | |
| Nombres y apellidos del estudiante: | | |
| Documento de identidad: | Correo electrónico: | |
| Programa:  Semestre: | | Teléfono/Celular: |

Nota: el tiempo para la realización de esta solicitud se contempla según el calendario académico.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Programa académico de posgrados: | | |  | | | | |
| No. | Código del espacio académico | Nombre del espacio académico | | Créditos | Aceptado | | Observaciones |
| Si | No |
| 1 |  |  | |  | ☐ | ☐ |  |
| 2 |  |  | |  | ☐ | ☐ |  |
| 3 |  |  | |  | ☐ | ☐ |  |
| 4 |  |  | |  | ☐ | ☐ |  |
| 5 |  |  | |  | ☐ | ☐ |  |

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

Firma del estudiante

No de documento

de identidad:

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PARA USO EXCLUSIVO DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN DEL PROGRAMA** | | |
| Fecha de recibido: |  | |
| Lugar: | | Hora: |
| Nombre del presidente: | | |
| Nombre del secretario: | | |
| Fecha de revisión: | | Aprobada Si ☐ No ☐ |
| Observaciones: | | |

*Cumpliendo con todos los requisitos de la modalidad se valora en comité de investigación del programa y se aprueba la solicitud*.

Autorizado por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma presidente comité Firma secretario comité