



DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR PARTICULAR
CENTRO UNIVERSITARIO SERDÁN
CLAVE 21MSU0069H
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
C.C.T. 21PSU0204T

CIUDAD SERDÁN PUE A _____ DE _____ DE _____

ASUNTO: **SOLICITUD DE SERVICIOS
DE ASESORIA**

**C. KARLA ELISSON ARMENTA ROQUE
DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN
P R E S E N T E**

La que suscribe C. _____

Estudiante con número de matrícula: _____

(CURP)

De la generación: _____

(GENERACIÓN ESCOLAR)

Por medio de la presente le solicito el siguiente servicio de asesoría de tesis:

Mismo que he verificado el costo y estoy de acuerdo en cumplir en tiempo y forma lo que se me solicite para cumplir con dicha asesoría:

A T E N T A M E N T E

**_____
NOMBRE Y FIRMA DEL ESTUDIANTE**