**SOLICITUD DE REVISIÓN DE TESIS**

Mazatlán, Sinaloa, a \_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_de 2017

DR. ISRAEL BENÍTEZ GARCÍA

COORDINADOR DE LA MAESTRÍA EN CIENCIAS APLICADAS

PRESENTE

Por este conducto, solicitamos su autorización para dar inicio a la revisión del documento de tesis titulado “Título registrado” realizado por el (la) estudiante (colocar nombre completo). Dicho documento será entregado al comité de tesis integrado por: (Anotar el nombre de cada uno de los miembros del comité de tesis).

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo

A T E N T A M E N T E

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

Nombre del Director de tesis

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

Nombre del alumno