

Semestre y Año de la Asignación del curso de Tesis II: _____

Períodos de asesoría _____

I. DATOS DEL ASESOR DE TESIS

Nombre Completo: _____

Código de Catedrático (si ha impartido clases en la universidad): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ E-mail (indispensable)* : _____

Título Profesional: _____ NIT: _____

***Llenar únicamente si es catedrático o asesor nuevo:**

Fecha de Nacimiento: _____ Tipo de sangre: _____

Estado Civil: _____ Número de Cédula: _____

Teléfono de Casa: Teléfono Celular: _____

Número de (IGSS) No Obligatorio _____

II. DATOS DEL ALUMNO

Nombre: _____ No. de Carnet: _____

Teléfono: _____ Nombre de la Tesis: _____

***Estamos enterados de las condiciones detalladas en el Instructivo para el pago de asesoría de tesis, Por lo que aceptamos y firmamos conformes.**

Firma del Asesor: _____ Firma del alumno: _____

Fecha: _____

NOTA: Favor de llenar todos los datos ya que son necesarios para el pago correspondiente, en caso de que falte algún dato el departamento encargado del trámite nos rechazará el documento. Gracias por su Comprensión