



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CIRUJANO DENTISTA**



OFICIO N°: FESZ/CCD/ /20 .

ASUNTO: Aceptación de Opción de Titulación

**Q.F.B. GRACIELA ROJAS VÁZQUEZ
JEFA DE LA UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
P R E S E N T E.**

Me dirijo a usted para informarle que el(a) pasante: _____
_____ con número
de cuenta: _____ de la generación: _____ cursó el Diplomado
en: _____
durante el periodo: _____, obteniendo
promedio de: _____, cumpliendo con los requisitos establecidos en el
Reglamento de Operación de Opciones de Titulación de la FES Zaragoza, para
titularse por esta Opción, e iniciar los trámites correspondientes.

ATENTAMENTE

“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”

Ciudad de México, a de de 20 .

Vo. Bo. JEFE DE LA CARRERA

MTRO. ENRIQUE PÉREZ GUARNEROS