**ACTA DE REVISIÓN, Liberación E IMPRESIÓN DE TESIS**

Nombre del (de la) estudiante: Nombres Apellidos

Matrícula: 123456789

Nombre del director: DR. NOMBRES APELLIDOS

Nombre del codirector: Dr. NOMBRES APELLIDOS

**Título de la Tesis:**

“TÍTULO xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx

TÍTULO xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx”

**Comisión Revisora:**

Presidente: Dr. Nombres Apellidos Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Secretario(a): Dr. Nombres Apellidos Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vocal (1): Dr. Nombres Apellidos Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vocal (2): Dr. Nombres Apellidos Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Los integrantes de la Comisión Revisora expresamos que hemos leído y revisado el manuscrito de la tesis de maestría que presenta el (la) estudiante arriba indicado, por lo que **estamos de acuerdo en que se proceda con la impresión definitiva de la tesis y que el (la) estudiante presente su defensa y examen de grado en la fecha, horario y lugar que se indican a continuación.**

Fecha de examen: día de mes de año Hora: poner hora

Día de la semana: poner día Lugar: poner lugar (salón)

Indicaciones: Entregar original para su revisión y autorización en la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado (SIEP). La copia de este documento deberá ser incluida en la tesis empastada y en su versión electrónica.