

**FORMATO PARA REGISTRO DE ASESORÍA ACADÉMICA**

DEPARTAMENTO _____

Nota: Esta
columna es
llenada por el
Docente

Semestre _____

No.	No. de Control	Nombre del Asesorado			Carrera	Asignatura	Tema	Se requiere para la fecha	Impartida
		Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)					
									☐ Si ☐ No
									☐ Si ☐ No
									☐ Si ☐ No
									☐ Si ☐ No
									☐ Si ☐ No
									☐ Si ☐ No
									☐ Si ☐ No
									☐ Si ☐ No

NOMBRE Y FIRMA DEL ASESOR